

# **“Det var bløtt sagt”**

*En kvalitativ studie av danske logopeders erfaringer med lidcombe programmet som behandlingsmetode.*

**Kjersti Jarlind Solheim**



[Klikk her og skriv dokumenttype ved Fakultet og/eller seksjon]

**UNIVERSITETET I OSLO**

Høsten 2008

# Sammendrag

## Tittel

”Det var bløtt sagt” – En kvalitativ studie av danske logopeders erfaringer med lidcombe programmet som behandlingsmetode.

## Bakgrunn for valg av tema

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke praksiserfaringer danske logopeder har med bruk av lidcombe programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer. Oppgaven har således et samfunnsmessig og teoretisk utgangspunkt. Kommunikasjon og samhandling med andre mennesker er av stor betydning for utvikling av språklige ferdigheter og selvtillitt. For mennesker som strever med taleflytvansker vil især kommunikasjonsprosessen bli påvirket. For de som blir rammet vil det også føre til innvirkning på personlighetsutviklingen og det synes derfor viktig å finne behandlingsmetoder som forebygger en uheldig utvikling.

## Problemstilling og formål

Problemstillingen for undersøkelsen lyder:

Hvilke erfaringer har danske logopeder med bruk av lidcombe programmet som behandlingsmetode av førskolebarn som stammer?

Til problemstillingen stilles det følgende underspørsmål:

1. Hvordan tilrettelegges behandlingsopplegget særskilt for det enkelte barn?
2. Hvilken betydning har verbale tilbakemeldinger i behandlingsopplegget?
3. Hvilken betydning har foreldrene i behandlingsopplegget?
4. Hvilke erfaringer har logopedene i forhold til behandlings effekt med lidcombe programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer?

## **Metode**

Utvalget er 3 logopeder som er godkjente lidcombeinstruktører og som har praktisert lidcombe programmet i minst 3 år. Metode for datainnsamling er semistrukturerte intervju. Intervjuene er transkribert, tolket, analysert og drøftet i lys av teori om stamming, stammingens progresjon og stammebehandling.

## **Resultat**

Metoden tar utgangspunkt i barnets interesser og på denne måten blir hvert enkelt behandlingsforløp tilpasset det enkelte barn. Undersøkelsen avdekker at det er viktig at foreldrene er innstilt på å ta en aktiv del av behandlingsopplegget. Uten foreldrenes engasjement kan man ikke gjennomføre lidcombe programmet. Metoden baserer seg på at foreldrene gir verbale tilbakemeldinger til barnet hver dag. De verbale tilbakemeldingene skal først komme gjennom et strukturert opplegg, senere skal de komme i mer ustrukturerte situasjoner. Av familiære og samfunnsmessige forhold rekker ikke foreldrene å gi det antall verbale tilbakemeldinger som metoden krever. Det er en oppfattelse at dette kan være en medvirkende faktor til at de danske barna bruker 2 - 4 uker lengre tid på å redusere stammingen helt eller til et lavt nivå. Logopedene erfarer imidlertid at metoden gir god effekt etter endt behandling. Det er ikke alle barn som blir stammefri, men logopedene erfarer at alle barn stammer mindre etter å ha blitt behandlet med lidcombe programmet.

## **Konklusjon**

Logopedene har positive erfaringer med bruk av lidcombe programmet. Metoden tilpasses hvert enkelt barn og familie, og baserer seg på verbale tilbakemeldinger. Lidcombe programmet gir god behandlingseffekt som opprettholdes over tid, hvis foreldrene er villig til å gå inn for denne behandlingsmetode. Man er helt avhengig av foreldrenes deltakelse hvis man skal bruke lidcombe metoden i behandling av stamming.

## Forord

Veien til ferdig oppgave hadde ikke vært mulig uten veiledning og god støtte. En takk til mine veiledere Ingrid Fossøy og Kari-Anne Bottegaard Næss for gode innspill og faglige diskusjoner.

Takk til leder ved PPT kontoret, hvor jeg er tilsatt, som har lagt forholdene til rette for meg. Først under Ruth Vaaglands ledelse, og senere Stephania Wilhelmsen. Dere to har gitt meg mulighet til å veksle mellom jobb og studier på en fleksibel måte. Uten denne fleksibiliteten hadde det aldri vært mulig å gjennomføre dette masterstudiet.

Takk til far og mor som har bidratt med barnevakt og transportoppdrag i en hektisk hverdag. Takk til far for korrekturlesing på ferdig oppgave.

Til slutt, men ikke minst, en stor takk til Roy, Marthe og Morten for deres utholdenhet og forståelse, slik at det har vært mulig for meg å skrive denne oppgaven.

Follese, november 2008.

Kjersti Jarlind Solheim

# Innhold

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>2</b>
<b>FORORD .....</b>	<b>4</b>
<b>INNHold .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>9</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	9
1.2 PROBLEMSTILLING .....	10
1.2.1 Oprasjonalisering og utdyping av begreper .....	11
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR .....	11
<b>2. TEORI .....</b>	<b>12</b>
2.1 DEFINISJON AV STAMMING .....	12
2.2 BARNSTOTTRING .....	14
2.3 STAMMESTART .....	14
2.4 STAMMING I ALDEREN 3 – 7 ÅR .....	15
2.5 PREVALENS OG INSIDENS .....	15
2.6 ULIKE FAKTORER SOM FØRER TIL NATURLIG BEDRING .....	16
2.7 KJØNNSFORSKJELLER .....	16
2.8 BIOLOGISK GRUNNLAG FOR STAMMING .....	17
2.9 UTVIKLINGSMODELLER FOR STAMMING .....	18
2.10 BARRY GUITARS UTVIKLINGSMODELL FOR STAMMING .....	18
2.10.1 Grense stamming .....	18
2.10.2 Begynnende stamming .....	18

---

2.10.3	<i>Overgangs stamming</i> .....	19
2.10.4	<i>Avansert stamming</i> .....	19
2.11	ILLINOIS KLASSIFISERINGS SYSTEM FOR STAMMING .....	20
2.12	HUGO GREGORYS PROGRESJONSMODELL FOR STAMMING .....	22
<b>3.</b>	<b>STAMMEBEHANDLING I FØRSKOLEALDER</b> .....	<b>24</b>
3.1	NÅR SKAL EN SETTE I GANG MED BEHANDLING .....	25
3.2	TRADISJONELL STAMMEBEHANDLING FOR FØRSKOLEBARN.....	26
3.2.1	<i>Indirekte behandling I tradisjonell stammebehandling</i> .....	26
3.2.2	<i>Direkte behandling I tradisjonell stammebehandling</i> .....	26
3.3	INTEGRERT STAMMEBEHANDLING – BARRY GUITAR .....	27
3.3.1	<i>I den første behandlingsfasen</i> .....	27
3.3.2	<i>Foreldreinvolvering i den indirekte og direkte behandlingen</i> .....	28
3.3.3	<i>Integrert behandling</i> .....	30
3.4	SAKTE TALE - YAIRI OG AMBROSE .....	34
3.5	MICHAEL PALIN SENTERET .....	36
3.5.1	<i>Foreldre-barn interaksjonsbehandling (FBI)</i> .....	36
3.6	LIDCOMBE PROGRAMMET .....	39
3.6.1	<i>Dukkestudien og begynnelsen til lidcombe programmet</i> .....	39
3.6.2	<i>Presentasjon av lidcombe programmet</i> .....	41
3.6.3	<i>Behandling etter lidcombe programmet</i> .....	42
3.6.4	<i>Behandlingsstart</i> .....	42
3.6.5	<i>Stadium 1 - Verbale tilbakemeldinger</i> .....	43
3.6.6	<i>Ukentlig besøk hos logoped</i> .....	44

---

3.6.7	<i>Et typisk besøk hos logoped</i> .....	45
3.6.8	<i>Stadium 2</i> .....	46
3.6.9	<i>Ulike erfaringer med lidcombe programmet omkring I verden</i> .....	46
3.6.10	<i>Forskning på lidcombe programmet</i> .....	47
3.6.11	<i>Forskning på lidcombe programmet i Norge</i> .....	48
<b>4.</b>	<b>METODE OG DATAINNSAMLING</b> .....	<b>49</b>
4.1	METODISK TILNÆRMING .....	49
4.2	HERMENEUTISK TILNÆRMING .....	50
4.3	INTERVJU SOM FORSKNINGSMETODE .....	51
4.4	SEMISTRUKTUERTE INTERVJU .....	51
4.5	UTVALG .....	51
4.5.1	<i>Bakgrunnsinformasjon om informantene</i> .....	52
4.5.2	<i>Kjønn og alder</i> .....	52
4.5.3	<i>Utdannelse</i> .....	53
4.5.4	<i>Barn til behandling</i> .....	53
4.6	INTERVJUGUIDE .....	53
4.7	PRØVEINTERVJU .....	54
4.8	GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE .....	55
4.9	TRANSKRIBERING .....	55
4.10	ANALYSE .....	56
4.11	VALIDITET OG RELIABILITET .....	58
4.11.1	<i>Konstruksjons validitet</i> .....	58
4.11.2	<i>Indre validitet</i> .....	59

---

4.11.3	Ytre validitet.....	60
4.11.4	Reliabilitet.....	60
4.12	ETISKE HENSYN .....	61
<b>5.</b>	<b>PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNNENE I UNDERSØKELSEN .....</b>	<b>62</b>
5.1	I GANGSETTING AV BEHANDLING MED LIDCOMBE PROGRAMMET.....	62
5.2	VERBALE TILBAKEMELDINGER.....	65
5.3	FORELDRENES BETYDNING I LIDCOMBE BEHANDLING.....	67
5.4	LOGOPEDENES ERFARINGER NÅR DET GJELDER BEHANDLINGSEFFEKT SOM METODEN GIR .....	69
5.5	FORSKJELLER I FORHOLD TIL ANDRE BEHANDLINGSMETODER.....	70
5.6	LOGOPEDENES ERFARINGER MED LIDCOMBE PROGRAMMET .....	71
<b>6.</b>	<b>OPPSUMMERINGER, KONKLUSJONER OG VURDERINGER.....</b>	<b>74</b>
6.1	OPPSUMMERING.....	74
6.2	VURDERING AV EGEN METODE, UNDERSØKELSE OG VIDERE FORSKNING .....	75
	<b>KILDELISTE .....</b>	<b>77</b>
	<b>OVERSIKT OVER FIGURER .....</b>	<b>83</b>
	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>84</b>



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Valg av stamming hos førskolebarn som tema for masteroppgaven har et samfunnsmessig, teoretisk og personlig utgangspunkt. Guitar (2006) sier at ca 5 % av befolkningen har stammet på et eller annet tidspunkt. For den som stammer kan problemet oppleves som strevsomt, ordene kan sitte fast eller gå helt i stå. Dersom stammingen ikke blir behandlet kan dette føre til store konsekvenser for den enkelte med emosjonelle følger. Stamming kan også påvirke barnets språk og språkutvikling, og det er derfor viktig å fokusere på tiltak som ivaretar kommunikasjonsferdigheter og for øvrig utvikling.

Forskning omkring fenomenet stamming startet tidlig i det forrige århundret, i USA (Guitar 2006). Forskning dreide seg da om stamming i forhold til voksne. Etter noen tiår fikk forskningen interesse for stamming i forhold til ungdom. Van Riper som selv forsket mye på stamming i forhold til voksne tok til ordet rundt 1970 at det måtte forskes tidligere på stamming i forhold til førskolebarn. Dette for å øke forståelsen omkring tidlig barnestamming. Han påpekte også at det var viktig å få gjennomført grundige undersøkelser over tid (Van Riper 1971). Det er først i de siste 20 - 30 år at det er blitt forsket på førskolebarn som stammer (Yairi og Ambrose 2005). Tidligere trodde man at barn vokste av seg stammingen bare man ventet lenge nok. Forskningen som har vært rett mot førskolebarn og stamming har ført til et endret syn på stammebehandling for denne gruppen (Yairi og Ambrose 2005). De mest fremtrede forskere som har forsket på stamming i førskolealder er Barry Guitar, Woodruff Starkweather og Ehud Yairi.

Personlig hadde jeg mitt første møte med stamming som liten jente. En av de nærmeste naboene hadde problemer med stamming. Han var for øvrig en eldre, blid og koselig mann. Den hørbare stammingen hans artet seg som forlengelser og

blokkeringer. Allikevel pratet han villig i vei med dem som han møtte på sin vei. Gjennom mitt virke som spesialpedagog i skolen og PP-tjenesten har jeg senere møtt mange barn som stammer. Dette har pirret lysten i meg til å finne mer ut om stamming. Hva er årsakene til stamming, hvordan behandles stamming og kan man bli kurert for stamming?

Interessen min for stamming og stammebehandling ble ytterligere styrket i fagfordypningsstudiet, gjennom forelesningene og senere under et lærerikt og inspirasjonsfylt praksisopphold i Danmark. Jeg hadde praksis i Århus, i Danmark, hos logoped Dorte Hansen. Dorte har over 30 års erfaring med barn som stammer, og hun er glødende opptatt av fagområdet og genuint interessert i barn som stammer.

Gjennom og etter praksisoppholdet fikk jeg kjennskap til en australsk behandlingsmetode, lidcombe programmet. Behandlingsmetoden skiller seg ut fra andre stamme og mer tradisjonelle behandlingsformer ved at foreldrene er en sentral aktør i behandlingsforløpet. Hovedmomentet i behandlingen er verbale tilbakemeldinger på taleflyt og brudd i talen. Behandlingen foregår hjemme med oppfølging av lidcombeinstruktør en gang i uken. Det er krav til logopedene, som praktiserer denne behandlingsmetoden, at de må være godkjente lidcombeinstruktører. Etter det jeg kjenner, er det til nå ingen logopeder som praktiserer denne metoden her i Norge. I 03/08 utgaven av tidsskriftet *Logopeden* annonseres det imidlertid om lidcombe kurs i Oslo våren 2009. Dette tyder kanskje at metoden er på vei inn i Norge også. I Danmark har lidcombe programmet vært praktisert i noen år. I den senere tid er metoden også blitt tatt i bruk i Sverige.

## 1.2 Problemstilling

**Hvilke erfaringer har danske logopeder med bruk av lidcombe programmet som behandlingsmetode av førskolebarn som stammer?**

Problemstillingen har følgende underspørsmål:

1. Hvordan tilrettelegges behandlingsopplegget særskilt for det enkelte barn?
2. Hvilken betydning har verbale tilbakemeldinger i behandlingsopplegget?
3. Hvilken betydning har foreldrene i behandlingsopplegget?
4. Hvilke erfaringer har logopedene i forhold til behandlings effekt med lidcombe programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer?

### 1.2.1 Oprasjonalisering og utdyping av begreper

*Lidcombe programmet* er en australsk behandlingsmetode for førskolebarn som stammer. *Lidcombe programmet* og *lidcombe metoden* brukes synonymt om hverandre i denne oppgaven.

I denne sammenheng er *stamming* brudd i taleflyten. Disse bruddene kan være forlengelser, stopp eller gjentakelser. Senere i oppgaven vil begrepene *stamming* og *taleflyt* brukes synonymt. Taleflyt kan defineres som uanstrengt rytme og flyt av talen (Guitar 2006).

Med *behandlingsmetode* menes i denne sammenheng ulike tiltak som settes i gang for å redusere eller eliminere barnets stamming.

*Verbale tilbakemeldinger* er i denne sammenheng forutvalgte, faste ordlyder som anvendes av logopeden og foreldrene på stadium 1 og 2 i lidcombe behandling.

## 1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler. Etter innledning følger kapittel 2 som omhandler stamming, forekomst, stammestart, kjønnsforskjeller, biologisk grunnlag, og ulike utviklingsmodeller for stamming. I kapittel 3 blir det redegjort for stammebehandling i førskolealder. Ulike behandlingstilnærminger og Lidcombe programmet blir presentert. Kapittel 4 redegjør for datainnsamling og bruk av metode. I kapittel 5 presenteres og drøftes resultatene i undersøkelsen. Kapittel 6 er oppsummeringer, vurderinger og konklusjoner.

## 2. Teori

I dette kapitlet vil en gå nærmere inn på hva stamming er. Dette for å forstå bedre hvilke elementer som inngår i stamming. Dette er viktig førforståelse når det senere i oppgaven vil bli redegjort for stammeutvikling og stammebehandling. Aller først vil det bli sett nærmere på stamming, stammestart og utvikling av stamming i førskolealder. Deretter vil en se på faktorene prevalsen, insidens, naturlig bedring, kjønnsforskjeller og biologisk grunnlag for stamming. Avslutningsvis i kapitelet blir forskjellige utviklingsmodeller for stamming presentert.

### 2.1 Definisjon av stamming

Det har vært, og er vanskelig å komme fram til en felles forståelse omkring begrepet stamming. Blant annet på grunn av dets kompleksitet og store individuelle variasjoner hos det enkelte barn eller voksne (Bloodstein 1995, Starkweather 1990). De ulike forskingsmiljø og praktiserende klinikere er imidlertid enig om at stamming er gjentatte brudd av den normale taleflyt. Bruddene kan forekomme som haking eller gjentakelse av enkelt lyder, deler eller hele ord, eller forlengelse av noen lyder. Det kan også oppstå pauser eller blokkeringer i talestrømmen. (Guitar 2006, Bloodstein 1995, Starkweather 1990). Dette er språklige elementer som gir dårlig flyt for personer som stammer (Guitar 1998). Gjennom tidene har mange prøvd å definere begrepet stamming.

Guitar (2006) har følgende definisjon av stamming: Stamming er karakterisert av unormal høy frekvent og eller varig stopp i taleflyten. Disse stoppene forekommer vanligvis som 1) repetisjon av lyd, stavelse eller enstavelsesord, 2) forlengelse av lyd eller 3) blokkeringer av talens luftstrøm.

I motsetning til Guitar som vektlegger stopp, så vektlegger Starkweather i sin definisjon anstrengelse i talen. Starkweather (1990) definerer stamming som ujevn og uregelmessig tale med usedvanlig stor anstrengelse.

Van Riper (1982) definerte stamming slik: stamming oppstår når taleflyten blir avbrutt av at stemmemotoren splitter lyd, stavelse eller ord eller av personens reaksjon på stamming. Det er normalt at en person som stammer reagerer på sin egen stamming. Van Riper vektlegger i likhet med Guitar brudd i talen og reaksjoner på stammingen men i tillegg vektlegger han også reaksjoner på egen stamming.

Reaksjonen på sine gjentakelser, forlengelser og stopp er ofte å legge til ekstra lyd eller ord i talen. Det er ganske vanlig å også bruke kroppsbevegelser i sin kamp for å ikke bli sittende fast (Guitar 2006). Yairi og Ambrose (2005) har kommet fram til at et barn skal ha stammet i minst 4 år for å kunne kalles en stammer. Når stamming har vært et problem i mer enn 4 år er det en stor sjanse for at stammingen vil ha påført negative innflytelse på kommunikasjonen, sosial- og emosjonell utvikling. Jo eldre barnet er, jo større er sjansen for avsky og emosjonelle reaksjoner på sin egen stamming.

Mørk og Wolff vektlegger i tillegg reaksjoner i omgivelsene:

”Stamming er ulike brudd i talen, ledsaget av ekstra spenninger i talemuskulaturen som fremkaller reaksjoner i personen og i omgivelsene, slik at kommunikasjonen forstyrres”.

(Mørk og Wolff 1994: 15)

Denne oppgaven bygger på følgende definisjon av Alm:

”Stuttering is a speech disorder characterized by difficulties to move forward in the speech sequence, when the person knows what to say”.

(Alm 2005: xix)

Fordi jeg har hatt kontakt med logopeder, og ikke barna og deres reaksjoner på stamming.

## 2.2 Barnestottring

Noen barn strever med å få språket til å falle på plass, som en del av en naturlig språkutvikling. Barna stikker litt på ordene, snubler litt i ordvalget, tar ”tenkepauser” i setningene, leter etter ord og repeterer ord og lyder på veien til å beherske de underliggende språkprosesser (Guitar 1998). Dette er barnestottring og er en del av den naturlige språkutvikling hos barn (Guitar 2006). Det er ikke uvanlig at personer i miljøet rundt barnet forveksler barnestottring med stamming (Guitar 1998). Det kan noen ganger være vanskelig å skille mellom stottring og stamming. Ulike studier viser at barn som stotrer har en lavere gjentakelsesfrekvens av ord og lyder enn barn som stammer (Guitar 2006).

## 2.3 Stammestart

Uavhengig av hvor gammelt et barn er når det begynner å stamme, begynner stammingen etter at barnet har lært seg og snakke, og har hatt en periode med flyt i talen. (Guitar 1998). Det er evidens på at stammingen starter i løpet av førskolealderen, en gang mellom 2 og 4 år (Yairi og Ambrose 2005). Forskning fra Yairi og Ambrose (2005) hevder at stammestart finner sted mellom 20 til 48 måneder, og med et gjennomsnitt på 34 måneder. Yairi og Ambrose (2005) registrerer bare noen få nye tilfeller av stamming, etter at barnet har passert 4 år. De hevder at det kun er 10 % sjanse for at et barn begynner å stamme etter at det har fylt 4 år. I en longitudinal språkundørsøkelse gjennomført på Bornholm fant man at stammestart lå på mellom 24 og 42 måneder. Gjennomsnitt for stammestart lå på 33 måneder. Gjennomsnittet for guttene var 34 måneder og 31 måneder for jentene (Månsson 2000). Siden forskning viser at stammestart opptrer tidlig, vil det være viktig å tenke stammebehandling hos relativt små førskolebarn.

## 2.4 Stamming i alderen 3 – 7 år

Stammingen kommer som regel ”helt plutselig”, ut fra intet. Det forekommer også ofte at barn begynner å stamme uten å ha strevd med barnestottring (Guitar 1998). Det som kjennetegner stamming for aldersgruppen 3-7 år er at stammingen først og fremst svinger veldig fra periode til periode. Barnet har perioder hvor det taler flytende, for så å få perioder hvor det stammer. Hos noen barn svinger stammingen fra dag til dag, uke til uke, hos andre fra måned til måned. Stamming hos førskolebarn er som regel det man kaller *løs og ledig*. Stammingen kjennetegnes ved gjentakelser på halve setninger, hele ord og stavelser (Yairi og Ambrose 2005, Guitar 1998, Starkweather 1990, Hansen 1986). Eksempel på stamming slik som den i regelen ytrer seg i denne aldersgruppen:

”ma-ma-ma-mamma kan jeg få en drops?”

”du du du skal vi gå snart?”

”kan jeg fååååååååååååååå et eple?”

Barnet er ikke seg selv bevist på at det stammer. Dette står i kontrast til en voksen stammer som kan være det man kaller hard stammer med blokkeringer, frustrasjon, talevegring, og unngåelsesadferd. Det kan allikevel forekomme at barn helt ned i 2 ½ års alder viser disse typiske trekkene til en voksen, hard stammer (Yairi og Ambrose 2005, Starkweather 1990, Van Riper 1971). Det er viktig å presisere at stammere ikke er en ensartet gruppe, akkurat slik som personer med taleflyt heller ikke er. Det er store individuelle variasjoner fra en person til en annen når det gjelder stamming (Van Riper 1971).

## 2.5 Prevalens og insidens

To begrep som er viktig i denne sammenheng. Det er prevalens og insidens. Faktoren prevalens måler hvor mange som faktisk stammer. Stammingen endrer seg, og det gjør også prevalensen. I løpet av grunnskolealder regner en med at ca 1 % av

alle skolebarn stammer. Etter puberteten faller tallene ytterligere (Guitar 1998). En regner med en prevalens på under 1 %, ca 0,7 %, for voksne som stammer (Yairi og Ambrose 2005, Guitar 1998, Bloodstein 1995). Faktoren insidens måler hvor mange som faktisk har stammet i løpet av livet. Ulike studier har kommet fram til at ca 5 % av befolkningen har på et eller annet tidspunkt stammet. Sammenligner en de forskjellige tallene fra insidensen og prevalensen, så forteller det oss at de fleste som stammer blir helbredet for sin stamming (Yairi og Ambrose 2005, Månsson 2000, Guitar 1998, Starkweather 1997).

## 2.6 Ulike faktorer som fører til naturlig bedring

En del av barna som begynner å stamme, vil i løpet av førskolealderen motta hjelp for sin stamming. Hos noen barn forsvinner stammingen, mens andre barn fortsetter å stamme. En del barn vil ikke motta noe hjelp for sitt problem med taleflyt, men slutter allikevel å stamme. Disse barna har oppnådd det man kaller naturlig bedring. (Guitar 2006, Yairi og Ambrose 2005, Packman 2003, Bloodstein 1995). Barnet kan oppnå naturlig bedring fra et par måneder, og inntil 3 år etter stammestart (Yairi og Ambrose 2005). I Månsson (2000) sin longitudinale språkundersøkelse på Bornholm oppnådde 71,4 % av barna naturlig bedring. Det er vanskelig å sette en konklusjon i forhold til faktoren naturlig bedring på grunn av variasjon i resultatene i ulike undersøkelser. Ut fra det den forskning som er gjort kan man i dag konkludere med at en del førskolebarn oppnår naturlig bedring innen 1 år etter stammestart. Noen barn som har stammet i 2 år eller lengre kan også oppnå naturlig bedring (Yairi og Ambrose 2005, Packman 2003, Guitar 1998).

## 2.7 Kjønnforskjeller

Forskning viser at det er forskjell i forholdet mellom gutter og jenter som stammer. Ulike undersøkelser, i ulike kulturer, viser at kjønnsforholdet mellom gutter og jenter er 3:1 (Guitar 1998). Yairi og Ambrose hevder at forholdet er 1:1 i det stammingen



oppstår, i tidlig førskolealder (Yairi og Ambrose 2005). Kjønnssforholdet i Månsson sin undersøkelse på Bornholm var 8:4 (Månsson 2000). Studier hos Yairi og Ambrose (2005) viser at kjønnssforholdet endrer seg etter hvert som tiden går. I skolealder kan forholdet mellom gutter og jenter være så høyt som 6:1. Med andre ord kjønnssforholdet blir større, og det er flere gutter som stammer. Ut i fra disse resultatene hevder Yairi og Ambrose at man kan konkludere med at flere jenter enn gutter blir helbredet for stamming (Yairi og Ambrose 2005).

## 2.8 Biologisk grunnlag for stamming

Det har lenge vært kjent at stamming går igjen hos noen familier, gjennom flere generasjoner. Det er en økt risiko for at en begynner å stamme når det er andre i familien som stammer (Guitar 2006). Denne familiære forekomst av stamming har for lengst ført til en spekulasjon om en genetisk sammenheng hos ulike forskere (Bloodstein 1995). Undersøkelser viser at 40 % av barn som stammer, også har foreldre som stammer eller har stammet. 70% av barna som stammer har en eller flere i nær familie som stammer eller har stammet (Yairi og Ambrose 2005). En nyere studie (Alm 2008) viser også at en del stamming kan forklares med neurologiske betingelser. Gjennom en undersøkelse blant voksne stammer kom man fram til at årsaksforklaringen til deres stamming måtte ligge i tidlige fysiske begivenheter. I denne sammenheng var tidlige fysiske begivenheter for tidlig fødsel, fødselskomplikasjoner og hodeskader som medførte bevisstløshet eller medisinsk behandling. Det konkluderes med at det er en høyere hyppighet av neurologiske begivenheter hos gruppen stammere uten pårørende som stammer. Yairi og Ambrose (2005) poengterer at det så langt er gjort få studier i forhold til biologisk grunnlag hos førskolebarn. De fleste slike studier er foretatt blant voksne som stammer.

## 2.9 Utviklingsmodeller for stamming

Når et barn har begynt å stamme så har det seg slik at den første stamming forblir ikke uendret gjennom årene. Dersom stammingen ikke blir behandlet så vil den gå gjennom et utviklingsmønster. Det er flere forskere og klinikere som har kommet med forskjellige utviklingsmodeller for stamming. Det blir her gitt en presentasjon av Barry Guitar, Hugo Gregory, Yairi og Ambrose sine utviklingsmodeller for stamming.

### 2.10 Barry Guitars utviklingsmodell for stamming

Barry Guitar (2006) deler utviklingsforløpet til stamming inn i 4 forskjellige faser: Grense stamming, begynnende stamming, overgangsstamming og avansert stamming.

#### 2.10.1 Grense stamming

Grense stamming har de samme karakteristikkene som barnestottring (jf. 2.2) men det forekommer flere brudd enn når det gjelder barnestottring og normal taleflyt brudd. Guitar (2006) hevder at hvis et barn har mer enn 10 brudd pr 100 ord så er det å regne som grense stamming. Grense stamming kjennetegnes ved gjentakelse på deler av ord eller stavelser av ord og forlengelser av lyder. Det er som regel ikke noe ved barnets adferd som tyder på at barnet er klar over at det ligger i grenseland for stamming. Da barnet ikke viser noe form for avsky for sin stamming er heller ikke barnet bekymret eller flau over sin stamming. Selv om barnet repeterer en stavelse flere ganger fortsetter det å snakke som om ingen ting har hendt.

#### 2.10.2 Begynnende stamming

Begynnende stamming kjennetegnes ved at det er mer spenning i talebruddene, en merker blokkeringer, brutte ord og antall repetisjoner øker. Til å begynne med skjer dette bare tilfeldig ved oppstemthet og stress. Men gradvis blir spenninger, urytme og hurtighet en del av stammemønsteret. Barnet blir bevisst sine talebrudd og viser utålmodighet, frustrasjon eller liten toleranse for det. Repetisjonene kommer ofte i en uregelmessig talerytme. Etter hvert vil også de første blokkeringene oppstå. Dette er

et signifikant vendepunkt, barnet stopper luftstrømmen på et eller flere steder i løpet av talen sin. Unngåelsesatferd blir også en del av stammingen. Hode nikk, øyeblinking og fyllord som for eksempel ”uh” og ”um” taes i bruk av stammeren. En begynnende stammer ser på seg selv som en som har problemer med å snakke. Stamme periodene varer mye lenger enn periodene med ”flyt”(Guitar 2006).

### **2.10.3 Overgangs stamming**

Overgangs stamming kommer etter å ha fulgt utviklingen til begynnende stamming. Det er to spesielle kjennetegn for overgangsstammingen: Det første er frykten for å stamme. Det andre er unngåelse som følge av frykten for å stamme. Et eksempel på det kan være: En gutt vil hente mobilen sin i ranselen, som ligger i et annet rom. Vedkommende blir spurt hvor han skal. Gutten svarer da at han ”skal bare hente noe i min veske”. Hva skal du hente? ”Jeg skal ringe hjem til mor”, svarer gutten. Den voksne svarer: ”Ingen mobil her på skolen”. ”Ja, men”, pause, ”du sa jeg kunne”. ”Hva har jeg sakt”, sier den voksne. Gutten svarer: ”Jeg kunne ringe med m-m-mobilen får å g-g-gi beskjed til mor”. Det er ganske typisk for barn som stammer å svare ”vet ikke” på spørsmål som man egentlig kan svare på, på dette utviklingstrinnet i stamming. Det er ganske vanlig å starte på en setning, snu på ordene midt i setningen, og ende opp med å produsere en masse halv ferdige setninger, og ikke fått sagt det en ville si i utgangspunktet. Overgangs stammerens frykt for å stamme kan være knyttet til ord eller situasjoner. Kjernestamming for en overgangs stammer er; i tillegg til de som en allerede har fått etter som stammingen har utviklet seg, er først og fremst blokkeringer. En overgangs stammer stammer ved å stoppe luftstrømmen, stemmen, taleflyten, (eller alle tre) for så å prøve å få i gang igjen talen sin. (Guitar 2006).

### **2.10.4 Avansert stamming**

Det siste utviklingsstadiet hos Barry Guitar er avansert stamming. Dette siste stadiet nås vanligvis i tenårene eller i voksen alder. Guitar (2006) poengterer at det er ikke

alle ungdommer eller voksne som stammer som kommer helt til dette stadiet. Avansert stamming er mer karakteristisk for alder enn type brudd. Personer som kommer til dette stadiet har alle en felles ting, en lang forhistorie med stamming. Spenningsstamming, unngåelsesstrategier, og medbevegelser er nå etablert i personens tale. Emosjonelle følelser som frykt, frustrasjon, skyldfølelse og motvilje har bygget seg opp over flere år som en reaksjon på å ikke være i stand til og kommunisere slik som andre personer. En del av de emosjonelle følelsene er også knyttet til dårlige erfaringer med uvitende lyttere i kommunikasjon. Det er også en overbevisning om at andre personer er utålmodige og føler avsky for stammere.

Gjennom mange år med stamming ser eldre ungdom og voksne på seg selv som stammere, og ikke som en person som har problemer med kommunikasjon. Bortsett fra et par trygge situasjoner hvor avanserte stammere kan ha ganske flytende tale, skaper de fleste talesituasjoner frykt. Dette influerer livet deres enormt. Venner, sosiale aktiviteter og jobbvalg er ofte påvirket av at en ser på seg selv som en stammer. Mange avanserte stammere mener at stammingen er merkbart og bort i mot uakseptabel for andre personer som ikke stammer.

## 2.11 Illinois klassifiserings system for stamming

Yairi og Ambrose (2005) har gjennom mange års forskning og klinisk arbeid kommet fram til en utviklingsmodell for stamming. Denne modellen har de valgt å kalle Illinois klassifiserings system for stamming (jf. figur 1). Modellen er delt inn i 6 forskjellige nivåer: Del ord repetisjon, enkle stavelser repetisjon, urytmisk fonasjon, interjeksjon, multistavelser ord og frase repetisjon, bearbeidelse eller å gi opp. Det blir hevdet at denne utviklingen av stamming skjer gradvis. Vi skal nå se nærmere på de ulike nivåene:

### ► 1. *Del ord repetisjon.*

Del ord repetisjon inkluderer repetisjoner av lyd og stavelser. Det er ikke laget et skille mellom lyd eller stavelser gjentakelser. Eksempel: "a-and", "f-fem",

”ba-baby”, ”ma-ma-mamma”. Del ord repetisjon anerkjenner begrensningen til menneske øret vedrørende auditiv diskriminering mellom lyd versus stavelse. Til tider kan tale innbefatte del ord repetisjonsstaveleser. For eksempel ele-ele-elefant. Et slikt talebrudd kan ikke bli regnes inn i kategoriene lydrepetisjon, stavelsesrepetisjon eller hel ords repetisjon. Når mer enn en stavelse blir repetert (eksempel for-fordi, kan-kanskje) ses det på som et multistavelser repetisjon.

► **2. Enkle stavelserord repetisjon.**

Enkle stavelserord repetisjon innbefatter repetisjon av hele, enkle ord. Eksempel: ”og – og”, ”men – men”. Ord som blir repetert som ettertrykk i en setning, regnes ikke for talebrudd. Eksempel: ”Det var et stort, stort hus”.

► **3. Urytmisk fonasjon.**

Urytmisk fonasjon inkluderer blokkeringer, med og uten hørbar lyd, identifisert med ord. Slike urytmiske fonasjons stopp distraherer flyten i talen og kan kjennetegnes som blokkering eller som stopp av luft strømmen i talen. Det er ikke uvanlig at det oppstår stress, unaturlig pustebevis eller brudd i ordene.

► **4. Interjeksjon.**

Interjeksjon inkluderer uvesentlige lyder som ”um”, ”uh”, ”hmm” og ”åh”. Utstrakt bruk av interjeksjoner kan også inkludere en eller flere repetisjoner. Ord som grammatikalsk inngår i interjeksjon, slik som ”vel”, er ikke regnet som talebrudd men blir rett og slett telt som ord.

► **5. Multi-stavelse ord og frase repetisjon.**

Repetisjoner av segmenter som er lengre enn en stavelse eller et ord hører til denne kategorien. ”Fordi – fordi”, ”det var – det var” og ” jeg var – jeg var” er eksempler på denne type talebrudd.

► **6. Bearbeidelse eller gi opp.**

Bearbeidelse eller å gi opp inkluderer tilfeller som er ytringer som er ikke blir fullført eller som blir modifisert. Eksempler på modifisering kan være: ”Jeg var – jeg skal gå”, ”hun gav ham – han gav henne”. Å gi opp skjer når en setning ikke blir fullført slik som man tenkte. ” i går skulle jeg – hei, hva er det der borte?” eller ”jeg vil ha en annen.....”.

(Yairi og Ambrose 2005).

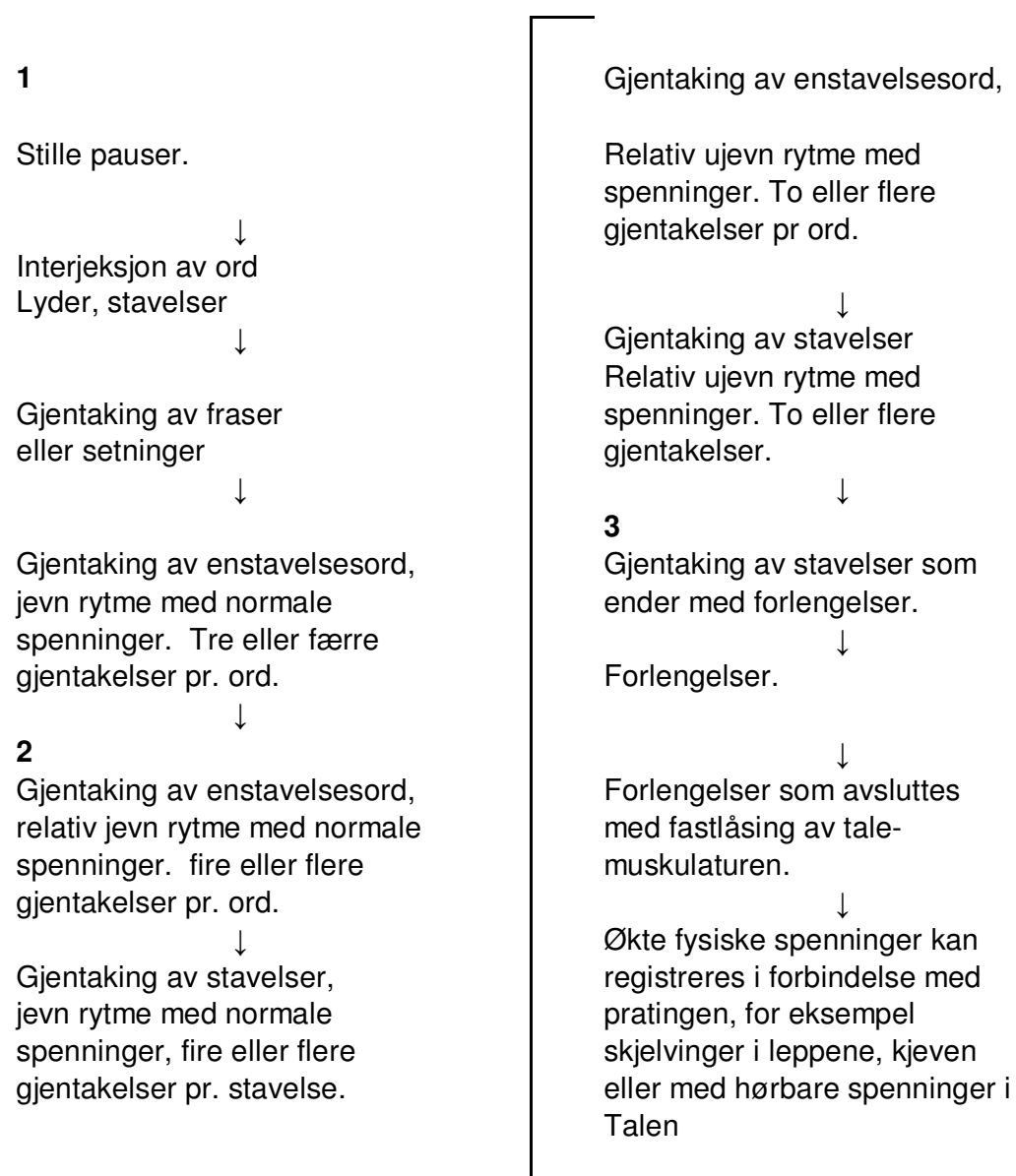
Yairi og Ambrose (2005) bruker skiller mellom talebrudd som utelukkende er stamming og talebrudd som kan kalles normale. Dette blir begrunnet med at det er en større statistisk sannsynlighet for at flere typer talebrudd i talen hos en gruppe barn. Derfor anbefaler Yairi og Ambrose to globale talebrudd klasser for alle barn: *Stuttering-Like Disfluencies* (SLD) og *Other Disfluencies* (OD). Oversatt her blir dette *stamme lignede talebrudd* (SLT) og *andre talebrudd* (AT). Systemet inkluderer de seks nivåene av talebrudd. Tre av disse forekommer med høyere frekvens i talen til barn som stammer. Disse tre er: Del ord repetisjon, enkle stavelsesord repetisjon, og urytmisk fonasjon. Fordi disse er typiske, men ikke eksklusive for barn som stammer, kalles de for stamme lignede talebrudd (SLT). De tre andre typene er typisk for barn med normal taleflyt, men er også forenelig med barn som stammer. Disse er kalt andre talebrudd (AT).

## 2.12 Hugo Gregorys progresjonsmodell for stamming

Hugo Gregory har laget en progresjonsmodell for stamming som gjelder for førskolebarn spesielt (jf. figur 1). Talebruddene blir plassert i tre forskjellige utviklingsstadium etter type talebrudd. Bruddene på stadium 1 regner Gregory som typiske, normale for et førskolebarns tale. Neste utviklingsstadium regner han som mer atypisk for stamming. Spesielt hvis barnet har to eller flere av disse bruddene pr 100 ord, da er det grunn for bekymring. De atypiske bruddene som sjelden forekommer hos førskolebarn plasseres på stadium 3. Disse bruddene regnes om

stamming. Gregory påpeker at det er allikevel mengden brudd som må legges til grunn for i gangsetting av tiltak. Det er ikke så vesentlig hvilke type brudd det er, er det mer enn 10% brudd så må det i gangsettes behandling (Gregory i Mørk og Wolff 1994).

**Figur 1: Gregorys progresjonsmodell for utvikling av stamming**



(Gregory i Mørk og Wolff 1994)

### 3. Stammebehandling i førskolealder

I dette kapitlet vil jeg gå nærmere inn på når en skal sette i gang behandling og hvordan stammebehandling kan fungere for førskolebarn. Det blir sett på to behandlingstilnærminger: *indirekte* og *direkte* behandling av førskolebarn som stammer. Deretter sees det på behandlingstilnærming hos Guitar, Michael Palin senteret, Yairi og Ambrose. Avslutningsvis i kapitlet blir lidcombe programmet presentert. Utvikling av programmet, stadium 1 og 2, ulike erfaringer med bruk av metoden og forskning på programmet.

Jo mer forskning og mer klinisk erfaring som gjøres, jo mer komplekst problem erkjenner man at stamming er. På grunn av stammings kompleksitet finnes det ingen universalmetode som løser problemet og gir flytende tale. Stammings mangfold krever ulike tilnærmingmetoder, noe som igjen krever at logopeden blant annet må utvikle evnen til god diagnostisering, kjenne til ulike behandlingsprosedyrer og vise fleksibilitet i behandlingen. Stammebehandling, slik jeg oppfatter det, kan defineres som de tiltak som settes i gang når et barn stammer. Det er ulike tiltak som kan settes inn, alt ettersom hvilken behandlingsretning logopeden praktiserer. Ut i fra forskjellige syn og begrunnelser har det opp igjennom tidene blitt diskutert på hvilket tidspunkt en skal sette i gang med stammebehandling overfor barn og førskolebarn som stammer. Min studie fokuserer på stammebehandling i forhold til førskolebarn, og tidlig intervensjon med lidcombe programmet. Da er det viktig å ha god kjennskap til disse overnevnte faktorer.

Stammingen endrer seg og utvikler seg med alderen, så sant barnet ikke blir behandlet eller oppnår naturlig bedring (Guitar 2006, Yairi og Ambrose 2005). Det er en kjent sak at stamming kan gi store konsekvenser for den som stammer både med og uten stammebehandling, men det er likevel først i de senere år at det er blitt alminnelig å behandle førskolebarn som stammer. Noe av dette skyldes at det har vært en gjengs oppfatning at førskolebarn utvikler stamming på grunnlag av foreldrenes reaksjon på



deres ikke flytende tale (Guitar 2006). En del skyldes nok også at en del barn får en naturlig bedring, uten behandling. Det har da vært en oppfatting av vent å se, det er mulig barnet oppnår taleflyt uten noe form for tiltak og behandling (Packman 2003, Starkweather 1990).

### 3.1 Når skal en sette i gang med behandling

Et Spørsmål som mange klinikere stiller seg er; når skal vi i gangsette behandlingstiltak overfor førskolebarn som stammer? Skal en sette i gang tiltak umiddelbart når stammingen oppstår eller skal man vente og se tingene litt an? Noe av dette dilemmaet kan sees i sammenheng med faktoren naturlig bedring (jf. 2.6). Starkweather påpeker at selv om en del førskolebarn som begynner å stamme i førskolealder, oppnår naturlig bedring, så vil noen av førskolebarna forbli en stammer. Han hevder at det er viktig å fange disse barna opp så tidlig som mulig (Starkweather 1990). Guitar hevder at jo nærmere opp til stammingens start man setter i gang med tiltak, jo større er sjansen for at barnet slutter å stamme (Guitar 2006). Undersøkelse gjort i Storbritannia viser at det ikke er av noe betydning for behandlingseffekt med lidcombe programmet, om behandlingen starter 1 år etter stammingen oppsto (Kingston et. al 2003). Yairi og Ambrose anbefaler at en venter en stund med de aller fleste førskolebarn før en setter i gang med behandling. Dette begrunner de med at det er en høy sjanse for at barnet oppnår naturlig bedring. De poengterer at en må basere behandlingsstart ut i fra hvert enkelt, unike, barns behov, risiko for stamming, og personlighet. Yairi og Ambrose hevder at det er ikke noe definitivt svar på spørsmålet om når en skal gå i gang med behandling overfor førskolebarn som stammer. Det er for komplisert til at det kan formuleres noen stander regler (Yairi og Ambrose 2005). Det må taes utgangspunkt i hver enkelts situasjon og behov for forebygging.

## 3.2 Tradisjonell stammebehandling for førskolebarn

Innenfor stammebehandling for førskolebarn snakker en først og fremst om to behandlings retninger; *indirekte* og *direkte* behandling.

### 3.2.1 Indirekte behandling I tradisjonell stammebehandling

Indirekte behandling dreier seg om veiledning fra logoped til foreldrene. Logopeden arbeider ikke direkte med barnet. Førskolebarn som stammer blir behandlet indirekte gjennom veiledning som blir gitt til foreldrene. Denne veiledningen består blant annet i at foreldrene skal snakke i et rolig taletempo til barnet. En skal snakke i enkle, korte setninger. Man skal være bevisst på turtaking i kommunikasjonen og øye kontakt. Barnet må få snakke ferdig når det er noe barnet vil fortelle. Man må ikke avbryte barnet når det stammer mye eller står fast. Går barnet i barnehage, gjelder dette også for personalet i barnehagen, eller andre nære omsorgspersoner (Starkweather 1990).

### 3.2.2 Direkte behandling I tradisjonell stammebehandling

I direkte behandling går man inn og gjør barnet oppmerksom på at det stammer, og spør om barnet selv kan høre det. Dette kalles å konfrontere stammingen (Van Riper 1973, Dell 1982). Man jobber da med enkle ord og setninger med få stavelser slik at barnet skal få oppleve flytende tale. Etter hvert som barnet behersker dette, utvider man setningene og de språklige krav (Guitar 1998, Dell 1982). I direkte behandling brukes det forskjellige teknikker som for eksempel frivillig stamming for oppløsning av blokkeringer eller prinsipper fra flytende talebehandling (Guitar 2006). (Yairi og Ambrose 2005) bruker flytskapende teknikker som sakte rolig taletempo og innlagte pauser i talen.

### 3.3 Integrert stammebehandling – Barry Guitar

På slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-tallet fikk flere og flere forskere øynene opp for barn som stammer. Forskning i forhold til førskolebarn som stammer kom på dagsorden. Som jeg tidligere har vært inne på i denne oppgaven, starter stamming som regel en gang i 2 -5 års alder. Ulike forskere kom fram til at skulle en forstå fenomenet stamming bedre, burde en konsentrere seg om stamming når den oppstår i tidlig førskolealder.

Når det gjelder stammebehandling og syn på stammebehandling skjer det også en endring på 1990-tallet. Tidligere var det mest vanlig at logopeden behandlet stammeren enten med stammemodifikasjons – eller de flytskapende prinsipper. Ulike klinikere kom fram til at det går fint å kombinere elementer fra begge disse to behandlingsretningene. Behandlingen blir tilpasset ut i fra de forutsetninger og problemer som den enkelte klient har. Dette kalles integration of approaches på engelsk (Guitar 2006). Oversatt til norsk blir det å forene innstilling. Begrepet som er brukt på norsk er integrert stammebehandling. Dette begrepet blir brukt i denne oppgaven. De mest kjente er Hugo Gregory, Theodore Peters og Barry Guitar.

#### 3.3.1 I den første behandlingsfasen

Barry Guitar kombinerer to prinsipper når han driver med stammebehandling av førskolebarn, indirekte og direkte behandling. Først og fremst arbeider Guitar med miljøet omkring barnet. Dette behandlings synspunkt hører til indirekte behandlings tilnærming. Guitar fokuserer på barnets familie og deres bekymring for barnets stamming og å hjelpe dem til å forandre aspektet på foreldre-barn interaksjonen. Guitar vektlegger å jobbe med stress i miljøet rundt barnet. Guitar påpeker at det normalt med en del stress omkring alle barn men barn som stammer er mer sensitiv for stress fordi det påvirker barnets evne til å være flytende i sin tale. Samtidig som han jobber med miljøet rundet barnet fokuserer han også på barnets flytende tale. Dersom ikke tiltakene i barnets miljø fører til redusert stamming i barnets tale, innen

6 uker går Guitar over til en mer direkte behandlingstilnærming overfor barnet (Guitar 2006).

Guitar hevder at barn i førskolealder som stammer kan oppnå spontan flytende tale. Gjennom tidlig, effektiv intervensjon er det mulig å oppnå flytende tale fordi barnets stressnivå gradvis blir redusert og øker barnets kapasitet for flytende tale (Guitar 2006).

Hovedfokuset for behandlingen er miljøet med omsorgspersonene omkring barnet. Dette innebærer at barnets følelser og opplevelser av sin stamming ikke blir satt direkte fokus på. Det er derfor viktig å være observante på om barnet skulle utvikle negative følelser omkring stamming og tale generelt sett. Hvis barnet er inne i en periode hvor det stammer kan barnet bli frustrert og vise tendenser til unngåelses adferd som man ser hos større barn som stammer (Guitar 2006).

### **3.3.2 Foreldreinvolvering i den indirekte og direkte behandlingen**

Gjennom å studere interaksjonen i familien, få beskrivelser av hjemmemiljøet og kommunikasjonsmåten i familien begynner Guitar den indirekte behandlingen. Guitar hevder at gjennom å observere direkte eller via videotape får man en innsikt i hvordan familiens kommunikasjon kan stresse barnets flytende tale. Guitar påpeker at det er viktig å ha klart for seg at slikt kommunikasjonsstress ikke skyldes dårlige relasjoner eller unormale familie forhold. Guitar hevder at det første han gjør, sammen med foreldrene, er å plukke ut de aspektene ved interaksjonen som en skal begynne å endre først. Guitar mener at følgende aspekter i kommunikasjon kan utløse stamming hos førskolebarn:

1. Høy rate av tale.
2. Hurtig turtaking mellom kommunikasjon partnerne.
3. Avbrytelser.
4. Høy frekvens av åpne spørsmål.
5. Mange kritiske og korrigerende kommentarer.
6. Inadekvate og lite konsist fokus på hva barnet faktisk forteller.

7. Vokabularet er langt over barnets nivå.
8. Avansert nivå på syntaks.

Før Guitar starter et behandlingsforløp samler han inn opplysninger om hvordan familiens hverdag er, hvor mye oppmerksomhet barnet får individuelt hos foreldrene og hvordan familien reagerer på barnets stamming. Deretter informer Guitar om stamming i førskolealder generelt bl.a. fordi foreldrene ikke er skyld i barnets stamming. Dette hevder han er viktig å få fram overfor foreldrene. Deretter ber han foreldrene observere barnets stamming, hjemme, i 1 uke før de og barnet avlegger ham et nytt besøk. Guitar skisserer hva og hvorledes foreldrene skal observere hjemme den følgende uke. Han utfordrer dem blant annet på talehastighet og måten familien kommuniserer med hverandre (Guitar 2006).

Når familien kommer tilbake etter å ha observert barnets stamming går Guitar i gang med å endre barnets talemiljø. Han starter ved å veilede foreldrene på forandringene som må til i foreldre - barn interaksjonen og i hjemmets rutiner. Forandringer i interaksjonen mellom foreldre og barn er ofte sensitive og kan være vanskelig å få gjennomført. Guitar poengterer at det er viktig å gå inn som rollemodell i forhold til de interaksjonene som han og familien er kommet fram til er viktig å få endret.

Guitar ber foreldrene om å observere han når han leker sammen med barnet når en skal innføre noen endringer i måten å kommunisere med barnet. Det kan for eksempel være å saktere taletempo eller innføre naturlige pauser i taletempoet (Guitar 2006).

Når førskolebarnet ikke responderer på indirekte behandling går Guitar over til direkte behandling. Guitar (2006) mener at barnet skal ha mottatt indirekte behandling i 6 uker før det går over til direkte behandling. Han hevder at det er vanskelig å finne forklaringer på hvorfor den indirekte behandlingen ikke har fungert. Noen ganger kan det se ut til at det er vanskelig for familien å endre barnets talemiljø slik som planlagt eller barnets stamming er upåvirkelig. I slike tilfeller går en over til en mer direkte behandlingsform (Guitar 2006). I den direkte behandlingen tar Guitar

utgangspunkt barnets flytende tale. På denne måten mener han at barnet letter vil oppnå flytende tale og ”vokse av seg” stammingen. Han bygger sin direkte behandling på lidcombe programmet ved å veilede foreldrene til å rose flytende tale. Foreldrene blir anmodet til å overse stamming så sant barnet ikke blir stresset av sin stamming. Da blir foreldrene oppfordret til å kommentere stammingen på en akseptabel måte men ikke like hardt som lidcombe programmet krever. Foreldrene skal rose når de er på to manns hånd med barnet. Foreldrene kan da rose ved å si at ”det var bløtt sagt” eller ”jeg liker måten du sa...”. Guitar og foreldrene blir på forhånd enig om hvor ofte foreldrene skal komme med positive tilbakemeldinger til barnet. Utgangspunktet er ros pr femte gang barnet taler flytende (Guitar 2006).

I tillegg til å komme med positive tilbakemeldinger overfor barnet forventer Guitar at foreldrene fører en daglig logg. Loggen skal vise hvor mye flytende tale barnet har hatt hver dag. Loggen føres ved en skala mellom 1 til 10. Når barnet viser framgang blir foreldrene veiledet til gradvis å komme med positiv tilbakemeldinger fra to manns hånd til daglige aktiviteter for familien. Guitar påpeker at det er viktig med et ukentlig møte mellom ham og foreldre/barn når man behandler et barn direkte. På det ukentlige møte diskuterer han barnets taleflytlogg, nye prosedyrer og mulighet for å diskutere utvikling og eventuelle problemer (Guitar 2006). Guitar poengterer at det er viktig at familien kommer med positive tilbakemeldinger og fokuserer på interaksjonen mellom foreldre og barn og familiens miljø (Jf. 3.3.1).

### **3.3.3 Integrert behandling**

Guitar starter den direkte behandlingen med å produsere lettere stamming overfor barnet. Hvis barnets stamming forekommer som mange raske repetisjoner, modellerer han stamming med rolig og færre repetisjoner. Dersom barnet har mange repetisjoner og forlengelser produseres det noen få repetisjoner og forlengelser. Dette blir gjort under lek sammen med barnet. Dette blir gjort gradvis under leken og aldri etter at barnet har stammet. Når barnet har vent seg til modellstamming, etter 10-15 min, begynner Guitar å kommentere sin stamming overfor barnet. De fleste barn hevder

Guitar reagerer med skyhet på hans kommentering på sin egen stamming. Noen ganger hender det at barnet reager med å si for eksempel ”ikke si det der”, ”stopp med det der”. Da mener han at den direkte behandlingen må gå sakte fram og bruke den tid som trengs. Man må vinne barnets tillitt og aksept for sin frivillige stamming samtidig som barnet overvinne sin frykt gjennom lek (Guitar 2006).

Noen ganger hender det at førskolebarn reagerer på sin egen stamming ved frustrasjon. Guitar vektlegger da å opptre empatisk overfor barnet. Han kommenterer sin egen frivillig stamming på en aksepterende måte. En måte å gjøre dette på er å produsere en langvarig modell stamming for deretter forklare barnet at av og til kan stammingen være langvarig, og det kan føles ekkelt. Guitar fortsetter å være meget oppmerksom på hvilke følelser barnet viser og han prøver å opptre så naturlig som overhodet mulig angående stamming. Han vektlegger dette empatiske fokuset under all stamme behandling (Guitar 2006).

### *Fang meg stadiet*

Når Guitar opplever at barnet er komfortabel med hans modell stamming prøver han ut om barnet vil ta del i behandlingsopplegget. Han oppfordrer barnet til å hjelpe ham når han kommer til å stamme. Han forteller da at han prøver å tale lett og sakte på stammeordet og det hjelper han til å komme videre, men av og til glemmer han å gjøre dette. Det er dette han trenger barnets hjelp til. Når Guitar sin modell stamming blir langvarig skal barnet for eksempel si til ham; ”der er det en”. Når barnet ”fanger” ham vil han lage den frivillige stammingen løsere og lettere. Utgangspunkt for modell stammingen er barnets måter å stamme på. Guitar hevder at det er viktig å rose barnet når det klarer å ”fange” hans modell stammingen. For det viser at barnets sensitivitet overfor noe som ikke er under kontroll. For mange barn viser det seg at små snack biter eller spillbrikker er viktig som motivasjon faktor. Slike faktorer må av og til brukes sammen med ros for å utnytte barnets mulighet for å fange klinikerens modell stamming (Guitar 2006).

### *Spill stadiet*

På det som Barry Guitar definerer som spill stadiet engasjerer han barnet til å etterligne ham på en lekende måte. Barnet skal imitere hans modell stamming, som er ganske lik sin egen stamming. Hensikten er å redusere barnets frykt for stamming som viser seg av og til i førskolealder. Denne prosessen kan være med på å gi barnet mestrings følelse uten risiko for å mislykkes. For et barn som strever med repetisjons stamming kan utgangspunktet bli som følgende: Klinikerens sier til barnet at nå skal vi leke en ordlek. La oss si noen ord og se hvor mange ganger vi klarer å si dem. Jeg vedder på at jeg klarer å si dette ordet 5 ganger. Hør! Ba-ba-ba-ba-ba!. Kan du gjenta dette? En annen mulighet er å lage dyrelyer eller lyder fra forskjellige leker: Dette er en katt. Mmmmmjau, mmmmmjau! (bruker forlengelse). Katten hopper rundt omkring som dette (hopp, hopp, hopp). Guitar poengterer at klinikerens og barnet kan prøve å innøve slike leker som en rutine så lenge barnet synes det er gøy. Fra å leke med repetisjon- og forlengelse lyder kan klinikerens prøve å få barnet til å bruke denne leken i samtale med barnet. Tilslutt kan man ta leken i bruk når barnet faktisk stammer (Guitar 2006).

### *Barnet produserer frivillig stamming*

Når barnet er blitt komfortable med klinikerens modell stamming, er neste steg å få barnet til å lage frivillig stamming. Dette kan gjøres ved å produsere sakte og løs stamming. For eksempel kan klinikerens si: Jeg klarer ikke si dette sakte og løst. Kan du vise meg hvordan man gjør det? Guitar understreker at dette må gjøres forsiktig og flettet inn sammen med andre aktiviteter. Ros og små belønninger dersom det er nødvendig, er med på å gjøre barnet komfortabel. Når barnet mestrer å produsere sakte og løs frivillig stamming kan foreldrene få vite dette mens barnet hører på. Det er viktig å legge dette fram på en positiv måte slik at en føler at barnet vokser på å få høre dette. Neste steg kan være å la barnet få vise frivillig stamming til foreldrene. Dette er ikke bare for og redusert barnets frykt for stamming, men også foreldrenes frykt. På denne måten kan det også bli lettere for foreldrene å akseptere barnets stamming (Guitar 2006).



---

### *Barnet endrer sin egen stamming*

For mange barn er det nok med forandringer i miljøet og de overnevnte direkte tiltakene for å oppnå taleflyt i løpet av noen måneder. For de barna som fremdeles stammer er det nødvendig med mer direkte behandling. I slike tilfeller vurderer Guitar fortløpende om barnet er klar for å modifisere stammingen sin. Når barnet er vurdert modent for stamme modifisering blir det tatt utgangspunkt i noen av barnets egne stammeord. Guitar kommer med aksepterende kommentarer som skal hjelpe barnet til å føle seg komfortabel med sin stamming. Det kan bli sagt på følgende måte: "åh, det var noen hopp på min, min, min ball....," for deretter fortsette leken med barnet. Senere i leken, når barnet kommer til å stamme, kan han modellere lettere stamming på samme ord og kommentere positivt omkring dette. Guitar ber så barnet om å imitere hans lettere stamming. Han bruker mye ros overfor barnet som forsterkning slik at barnets stamming framstår som av den sakte, løse typen. Guitar leter hele tiden etter saktere og lettere stamming i barnets tale for å kunne rose og belønne barnet. Selv om et barn stammer mye, men på en lettere måte en tidligere blir det belønnet. Fra dette punktet bruker han en kombinasjon av modell og forsterkning for å forme barnets stamming. Det er den beherskede, rolige og lettere stammingen sammen med leken med stamming som gjør at barnet begynner å føle at det har kontroll. Dette påvirker også barnets frustrasjon og frykt til at det blir lettere for barnet å komme seg igjennom stammingen med minimal anstrengelse. Etter som barnet klarer å lage stammingen sin saktere og lettere hos klinikerens er neste steg å få dette generalisert i barnets dagligliv uten disse formelle aktivitetene. Slik spontan generalisering kan bli et resultat etter at barnet har gått fra å være ukomfortabel og har følt at dette har vært utenfor sin kontroll til å ha oppnådd mestringsfølelse og kontroll over sin tale. Selv om det vektlegges at stammingen skal være sakte og lett er det effekten av taleflyt og språkmodenhet sammen med tillitt og trygghet som gjør at barnet føler redusert frustrasjon som gir resultater i normal taleflyt (Guitar 2006).

### 3.4 Sakte tale - Yairi og Ambrose

De siste 25 årene har Yairi og Ambrose vektlagt at deres stammebehandling skal være intensiv med vekt på ”slow speech” her oversatt til *sakte tale*. Opplegget ble utviklet under påvirkning av fenomenet artikulasjon og Van Riper sine behandlingsprinsipp fra 1971 og 1982. Disse behandlingsprinsippene tok utgangspunkt i at stamme problematikk kan relateres til timing problemer og vansker med koordinasjon av stemmeapparatet. Dette førte til et 14 punkts program hvor en trener på sakte, strekt tale. Dette er blitt det behandlings opplegg som Yairi og Ambrose anbefaler og tar utgangspunkt i når det gjelder stammebehandling for barn (Yairi og Ambrose 2005). De har utarbeidet tre hovedprinsipper for behandling av førskolebarn som stammer.

Utgangspunktet for behandlingen er at klinikerens modellerer sakte tale som er 50 – 70 % saktere enn det som regnes som normalt hos et førskolebarn. Dette skjer sammen med barnet i ustrukturerte aktiviteter. Deler av behandlingsopplegget vektlegger direkte trening på enkle ord. Klinikerens presenterer et bilde med en gjenstand og sier ett ord på dette tidspunkt. Deretter ber en barnet om å gjenta ordet flere ganger og på ulike måter. Eventuelt så responderer barnet direkte på det visuelle bildet, uten klinikerens talemodell først. Etter hvert så vil klinikerens øke mengden med ord som man øver på. Foreldrene er invitert til å sitte i rommet for etter hvert å ta del i opplegget, under instruksjon. Foreldrene lærer å snakke sakte i samspillet med barnet hos klinikerens og dette skal de fortsette med hjemme. Innholdet i behandlingstimen innebefatter forskjellige spill, korte historier og tilslutt kommunikasjon. Det vektlegges spesielt å jobbe med sakte taletempo som er vesentlig senere enn normalt. Foreldre veiledning blir satt i verk etter individuelle behov. Yairi og Ambrose (2005) har utviklet følgende arbeidsmodell:

► **1. Stammering er en unik lidelse.**

Stammering oppdages ganske raskt av foreldrene etter noen få dager eller uker. Det er sterk evidens på at språket hos barn ved stammestart er normalt. Stammeringen er substanslig avvikende, på flere dimensjoner, fra barnestottring

---

hos førskolebarn som ikke stammer. Trenede klinikere skal kunne diagnostisere stamming ved sitt opprinnelses øyeblikk, til og med i mildere former.

► **2. Stamming er biologisk basert.**

Genetiske faktorer er nødvendig, med noen få unntak. De genetiske faktorene trenger nødvendigvis ikke å forårsake stamming. Genene er en svakhet i forhold til stamming men først og fremst i sammenheng med miljøfaktorer som regnes som risikable for utvikling av stamming. Det poengteres at hjemmemiljøet i seg selv ikke er en risikofaktor. Det ser ut til at det er noen få gener som underligger stamming, som resulterer i relativ ukomplisert anatomisk – psykologisk abnormitet. Forskningsdata fra Yairi og Ambrose indikerer at det er et spesifikt gen som er involvert i all familiær stamming, dessuten må det sees i sammenheng med et mangfoldig, miljømessig bidrag.

► **3. Stamming er multifaktum, kompleks og variert i sin utvikling.**

Stamming er kompleks og variert i sin utviklingskurve og utviklingsfart. På grunn av genetiske, miljømessige underliggende faktorer for stamming, har miljøet omkring barnet en viktig rolle for videre utvikling av denne lidelse. Fra det sekund stamming oppstår, er den påvirket av miljømessige faktorer, ikke bare situasjoner, men også hver enkeltes individualitet inkludert tilstand og sykdom. Derfor er stamming en unik lidelse, med ulike varianter. Det komplekse genetiske - miljømessige som forårsaker og utvikler stamming hos førskolebarn er relatert til et dynamisk system som involverer: tale, språk, motor, og personlige temperaments aspekt. Dynamisk i denne sammenheng menes timing og påvirkning av disse dominerende faktorer som er varierende, som igjen fører til at lidelsen ikke er lineær. Stamming utvikler seg ikke og endrer seg systematisk fra enkle til komplekse former gjennom en stander prosedyreform. Forskjeller i genetisk påvirkning, miljømessige faktorer, tale og språk prosess, og psykologiske reaksjoner må betraktes individuelt i form av

forskjellige typer stamming og varietet som fremmer taleflyt. Det er det som endrer balansen over dominansen.

(Yairi og Ambrose 2005)

Yairi og Ambrose hevder at en må ta høyde for den høye sjansen for naturlig bedring som er potensiell hos mange barn. Derfor bør behandlingen ta hensyn til barnets taleproduksjon system like mye som han eller hennes evne til kompleks språk sammen med stress. Behandlingen bør gi mulighet for saktere talerate, som igjen vil minisere kjeden av forsinkelse fra topp til bunn og tale bearbeidelse og tale unngåelse. Endringene kan bli iverksatt enten gjennom modellering eller direkte trening. Yairi og Ambrose poengterer at alle barn som begynner å stamme må bli evaluert og få oppfølging til behandlingen viser progress eller naturlig bedring inntreffer. Ingen barn skal bli sendt hjem med beskjeden: "Ikke bekymre deg, dette er normalt, det vil gå over av seg selv" (Yairi og Ambrose 2005).

## 3.5 Michael Palin senteret

Forskning og egne erfaringer ved Michael Palin senteret viser at tidlig behandling øker sjansen for at barn oppnår bedre kommunikasjon og høyere nivå av taleflyt. Som spesiallistsenter for stamming tilbyr senteret flere behandlingsmetoder da en metode alene kan ikke passe for alle.

### 3.5.1 Foreldre-barn interaksjonsbehandling (FBI)

Foreldre-barn interaksjonsbehandling (FBI) er blitt utviklet av senteret og er designet for førskolebarn. Denne metoden brukes i mange tilfeller med barn som stammer. Det er viktig å påpeke at foreldre er ikke skyldig i barnets stamming, men de kan tvert imot ha en meget positiv innflytelse med å hjelpe barnet sitt til å tale mer flytende. FBI består av seks ukentlig behandlinger, en time ad gangen. Deretter følger en konsoliderings periode på seks uker med den oppfølging som barnet og foreldrene har behov for, samtidig som man sikrer progresjon. Et av hovedmomentene i dette

behandlingsopplegget er å identifisere *interaksjons modeller*, sammen med foreldrene, som muligens kan fremme barnet til å bli mer flytende i sin tale. Et av hovedmålene er å øke foreldrenes tillitt og kunnskap, for at de skal kunne hjelpe deres barn med stammeproblemet.

Førskolebarns flytende tale er høyst variabel, perioder med taleflyt kan plutselig bli avbrutt med faser preget av stamming. Oppgaven til kliniker og foreldrene er å identifisere aspekter som kan påvirke gode taleflytsituasjoner og faktorer som fører til flere talebrudd. Instinktmessig vil foreldrene be barnet om å sette ned taletempoet, til å bruke den tid man trenger, å tenke seg om før han eller hun skal si noe, å roe ned og slippe av etc. Klinisk erfaringer viser at å fortelle dette til barn betyr nødvendigvis ikke at det fungerer i praksis. Barnet klarer ikke å gjennomføre dette mer enn et par ganger om gangen. En vet også at en kan ikke be voksne om å prøve dette heller, de vil heller ikke klare å gjøre dette for mer enn en kort stund.

Kommunikasjon er en to-veis prosess, måten vi snakker på påvirker den andre personen og vice versa. Hvis konversasjonen er intens hvor alle snakker på en gang, gjør vi automatisk det samme selv. I en roligere og mer avslappet situasjon, har vi mer tid til å tenke på hva vi ønsker å fortelle om og hører godt etter hva den andre personen har å si. Vi snakker mest sannsynlig også i et roligere taletempo også. Det er for eksempel oppdaget at hvis barnet prøver å snakke veldig fort, er det større sannsynlighet for at han eller hun stammer mer. Under behandlingen vektlegges det å finne ut hva det er som påvirker barnets talerate og hvordan vi som voksne kan hjelpe barnet til å gi seg selv mer tid når det snakker.

Behandlingsopplegget er lagt opp slik at barnet skal oppleve det som en riktig morsom lekestund. Gjennom hvert behandlingsmøte blir det gjort videoopptak når barnet leker sammen med foreldrene. Det blir gjennomført ett opptak med hver av foreldrene. Deretter ser logoped og foreldrene (og barnet hvis det vil) gjennom lekeøktene på video. Først og fremst er det viktig å legge vekt på alt det gode som skjedde under lekeøkten: hvor mye barnet likte å leke sammen med foreldrene, den varme følelsen mellom dem, og de hjelpefulle interaksjonene. Det neste steg blir for

logopeden, sammen med foreldrene, å finne aspekter som kan være av interesse å endre litt da de kan influere barnets taleflyt. Det vektlegges å rose foreldrene hele tiden for deres innsats, og for at de klarer seg veldig godt. Fordi foreldrene er de med mest påvirkning på deres barn i barnets hverdag, er de best til å prøve ut endringer i barnets liv. Logopeden er der med support, innlevelse, veiledning og som diskusjonspartner for hvordan endringene kan finne sted.

Mange foreldre blir ofte veldig overrasket over at de skal ha en slik aktiv rolle i behandlingen. Noen ganger er de av den grunn rett og slett redde for å prøve å få til noen endringer. Få av foreldrene mener at det er enkelt å få til noen endringer i interaksjonen med barnet. Det går som regel opp for dem etter en liten stund at det krever hardt arbeid for å få til endringer i samspillet med barnet. Den stadige utvikling av følelsen av å kunne hjelpe sitt barn fører til at foreldrene føler at de har mer kontroll enn før, og de er mindre bekymret for å gjøre de feile tingene. Mellom hvert behandlingsbesøk skal foreldrene leke sammen med barnet i 5 minutter hver dag. De skal da øve på å endre enkelte momenter i interaksjonen mellom dem og barnet.

Noen ganger, gjennom seks ukers perioden med behandling, blir det også diskutert foreldrenes oppdragerrolle i tillegg til stammebehandlingsrollen. Å være foreldre kan til tider være tøft og foreldrene har av og til behov for å diskutere andre ting som oppførsel, tidspunkt for å legge seg, spiser lite etc. som kan forårsake ekstra bekymringer eller frustrasjon. På grunn av barnets stamming er mange foreldre bekymret for om de er for strenge med barnet og om dette kan påvirke til at stammingen blir verre enn det den er.

Både Guitar, Michael Palin senteret, Yairi og Ambrose påpeker at det er viktig å finne ut hvilke faktorer i barnets miljø som fremmer stamming, slik at man kan få til en endring i barnets miljø. Dersom dette ikke fører fram, vektlegger Yairi og Ambrose, i sin behandling av førskolebarn, flytskapende prinsipper ved å indusere sakte tale. Dette er i motsetning til Guitar som bygger sin direkte behandling på barnets allerede flytende tale for å oppnå normal flytende tale hos barnet. Han mener også at ved å

bruke dette behandlingsprinsippet er sjansen større for at barnet ”vokser av seg” stammingen. Begge behandlingsretningene vektlegger bruk av modellering fra klinikerer i sin behandling av førskolebarnet. En del av behandlingsopplegget hos Guitar bygger på stammemodifiseringsprinsipp, frivillig stamming. Dette skiller hans opplegg i fra Yairi og Ambrose sitt behandlingsopplegg. Michael Palin senteret og Guitar hevder at det er viktig å trekke foreldrene inn i behandlingsopplegget fordi de står barnet nært og de har størst påvirkningskraft på sitt barn for å få til endringer. Begge disse behandlingsretningene oppmoder foreldrene til å være aktiv i opplegget. Det brukes videoopptak av samspillet mellom foreldre og barn som legges til grunn for videre arbeid med denne interaksjonen. Foreldrene må øve hjemme sammen med barnet, i lek baserte økter, mellom hvert logopedbesøk. Dette er i motsetning til Yairi og Ambrose som også oppfordrer foreldrene til å ta del i opplegget, men i mindre grad enn Guitar og Michael Palin senteret.

## 3.6 Lidcombe programmet

Presentasjonen av lidcombe programmet starter med en presentasjon av den såkalte ”dukkestudien” fra University of Minnesota. Dette fordi den regnes av mange som starten for lidcombe programmet. Deretter kommer det en kort redegjørelse for utviklingen av lidcombe programmet til slik det framstår i dag. Avslutningsvis i kapitlet vises det til aktuell forskning på lidcombe programmet som er gjennomført i utlandet og her i Norge.

### 3.6.1 Dukkestudien og begynnelsen til lidcombe programmet

Lidcombe programmet er et resultat av flere forskningsprosjekt utført av ulike forskere. Programmet bygger på evidens gjennom 30 år. Evidensen bygger først og fremst på forsøk i laboratorier, hvor man har gjennomført ulike effektstudier på stimulering av stamming (Onslow 2003b). Velger her å gi en kort presentasjon av dukkestudien, da den regnes som et historisk forskningsgrunnlag og som bakgrunn for utvikling av programmet.

Dukkestudien gikk ut på at en dukke skulle snakke med barnet i stedet for en logoped. 2 barn, 2 gutter, deltok i studien. En dukke kalt *Suzybelle*, ble plassert i et glassmonter. Monteret med Suzybelle ble plassert i et laboratorium hvor dukken ble styrt fra et tilstøtende rom. Suzybelle ”snakket” via en mikrofon. Gjennom et speilglass kunne forskerne følge med på hva som foregikk inne på laboratoriet. Barna satt og snakket, alene, med Suzybelle i 20 minutter av gangen, en gang i uken. Når barnet stammet ble lyset slukket og Suzybelle ”forsvant”. Etter et par sekunder kom lyset på igjen, og samtalen fortsatte. Så lenge barnet talte flytende var Suzybelle synlig og tilstede i kommunikasjonen. På denne måten virket Suzybelle som en positiv forsterker av taleflyt. Til å begynne med forsvant Suzybelle ved stamming som vedvarte i mer enn 2 sekunder. Senere forsvant Suzybelle ved hvert talebrudd. Forskerne oppnådde oppsiktsvekkende resultater i studien. Begge barna som deltok i studien sluttet å stamme. Ved oppfølging 1 år etter avsluttet behandling opprettholdt effekten seg. Denne studien ble avsluttet ved University of Minnesota i 1972 (Martin et. al 1972). Roger Ingham fra Australia deltok en kort periode som doktorgradsstudent under denne studien (Onslow 2003b).

Roger Ingham prøvde å foreta en oppfølging av dukkestudien da han kom tilbake til Sydney, Australia. Studien gikk ganske raskt ”i vasken”. Det skal ha skjedd fordi barna sluttet å stamme før studien kom skikkelig i gang. Noen år senere fattet Mark Onslow interesse for dukkestudien. Onslow kom fram til at dukken skulle erstattes av barnets foreldre. Han mente at foreldrene var en naturlig aktør å involvere. Foreldrene er til stede sammen med barnet hver dag, i et kjent og trygt miljø. Ingen kjenner sitt barn bedre enn foreldrene. Onslow kom fram til at foreldrene skulle forsterke taleflyt og redusere stamming ved bruk av verbale tilbakemeldinger på barnets tale. Denne verbale tilbakemeldingen skulle skje hver dag i korte økter på ca 20 minutter. På denne måten skulle barnet bli behandlet for sin stamming. Foreldrene skulle få tett oppfølging av en logoped som veiledet dem i dette. Dette ble starten på Lidcombe programmet slik som det framstår i dag (Onslow 2003b).



### 3.6.2 Presentasjon av lidcombe programmet

Lidcombe programmet, som også kan defineres som en behandlingsmetode for førskolebarn som stammer, ble utviklet i Australia av Ann Packman og Mark Onslow på 1980-tallet. Metoden har vært praktisert i Australia siden 1984 og har etter hvert også spredd seg til flere land i Asia, Nord – og Sør- Amerika, og til land i Europa (Bruijn 2006, Hayhow 2003, Felby 2003, Shenker 2003, Jones et al. 2003, Walhaus 2003).

Programmet retter seg først og fremst mot førskolebarn som stammer. Det tar utgangspunkt i en adferdsterapeutisk tilnærming med fokus på stammeøyeblikket og bygger på psykoterapien og behaviorismen (Packman 2006). I følge Onslow (2003) er målet for metoden å oppnå taleflyt og *stammefri tale* i motsetning til en del andre behandlingsmetoder som for eksempel Van Riper (1973) som vektlegger stammemodifisering. Foreldrene har en sentral rolle i behandlingsopplegget og det er de som står for den daglige oppfølging i hjemmet. Behandlingen foregår altså først og fremst i barnets hjem, i det daglige miljø, med foreldrene som behandler. Dette blir også understreket av Onslow:

“The treatment happens where the problem happens”.

(Onslow 2003a: 5)

Onslow siere videre: det er derfor ikke nødvendig med generalisering, for det er ikke noe å generalisere til (ib). Barnet og foreldrene møter imidlertid en gang i uken en logoped som er godkjent lidcombeinstruktør. Denne instruktøren har ansvaret for å tilpasse behandlingen til det enkelte barn. Grunnen til at programmet blir praktisert individuelt skyldes forskjellige relasjoner mellom de ulike barna og deres foreldre (Onslow 2003a). Fundamentet for metoden er at klinikere er ekspert på stamming, mens foreldre er ekspert på egne barn. Foreldrene vet hvilke interesser barnet har og hvilke det ikke har. Dessuten vet de hva som skal til for å motivere egne barn. Siden foreldre har en helt spesiell relasjon til egne barn, blir det lidcombe instruktøren sin oppgave å forene deres forhold med lidcombe programmet. På denne måten blir

behandlingen forskjellig fordi alle foreldre/barn relasjonene er forskjellige. Behandlingsopplegget varierer derfor fra familie til familie.

Implementeringen av foreldre/barn relasjonen er en av årsakene til at lidcombe metoden blir gjennomførbar for både foreldre og barnet. Foreldre og barn gjennomfører aktiviteter, og sammen kontrollerer de stammingen. Hvis ikke denne trivselen og foreldre – barn relasjonen er der, fungerer ikke metoden (Onslow 2003a).

### **3.6.3 Behandling etter lidcombe programmet**

Lidcombe programmet er i utgangspunktet en *direkte* behandlingsmetode for førskolebarn som stammer. Programmet har imidlertid også vist seg å gi effekt i aldersgruppen 7 – 12 år, men synes ikke å være like effektiv i denne aldersgruppen som i aldersgruppen 3 – 6 år. Programmet er delt inn i to deler, stadium 1 og 2. Målet for stadium 1 er at barnet skal være stammefri i dagligdagse situasjoner og dette stadium 1 er ferdig når stammingen har nådd oppsatte, lave kriterier. En går da over til stadium 2. På stadium 2 blir besøkene sjeldnere og sjeldnere hos logoped. Stadium 2 er et aktivt stadium i betydningen av at man ikke kommer til en konklusjon slik som i andre behandlingsmetoder. På stadium 2 trapper foreldrene gradvis ned de verbale tilbakemeldingene, samtidig som man trapper ned responderingen fra logoped (Onslow 2003a). Mange barn når målet, men det finnes også eksempler på barn som ikke når målet. Barna i den sist nevnte gruppen har som regel fått stammingen sin kraftig redusert. Det er imidlertid litt stamming igjen i deres tale. Denne stammingen arter seg som regel løs og ledig, med noen brudd i talen (Onslow 2003a).

### **3.6.4 Behandlingsstart**

Det første logopeden gjør før en setter i gang med lidcombe programmet er å ha et informasjonsmøte sammen med foreldrene. På dette møtet redegjør logopeden hvordan behandlingsopplegget er organisert i programmet og hva som forventes og kreves av dem som foreldre. Foreldrene blir informert om at de må følge opp med daglige lekbaserte aktiviteter mellom hvert logopedbesøk. Foreldrene blir gjort kjent

med registreringsarkene, og betydningen av disse. Logopeden forteller litt om hvordan stamming skal registreres, hjemme hos foreldrene og på det ukentlige logopedbesøket. Når foreldrene har fått den informasjonen de trenger, blir de sammen med logopeden enig om oppstart for behandlingen. Barnet skal ha stammet i ca 1 år før man setter i gang med behandling med lidcombe programmet (Packman et. al 2003).

### **3.6.5 Stadium 1 - Verbale tilbakemeldinger**

Behandling etter lidcombe programmet vektlegger altså foreldrebaserte verbale tilbakemeldinger, i forhold til både stammefri tale og for stamming, i familiens daglige liv. Stammefri tale og stamming er to såkalte responser av lidcombe programmet. Foreldrene kommer med forskjellige verbale tilbakemeldinger. De kommer med anerkjennende respons eller ber barnet om selv korrigering. Anerkjennende verbal respons i denne sammenheng kan for eksempel være ”det var bløtt sagt” eller ”det var fint sagt”. For å sikre at behandlingen er en positiv opplevelse for barnet, skal foreldrene rose stammefri tale minst 5 ganger før de erkjenner stamming eller ber barnet om å korrigere seg selv (Onslow 2003c). Det er ikke foreldrene som korrigerer barnets stamming, med lidcombe metoden, men barnet selv. Foreldrene ber barnet om å korrigere en stammet uttalelse. Eksempel på slik korrigering: ”Der kom du til å hoppe på ordet *mamma*, kan du gjenta mamma bløtt sagt?” Foreldrene ber bare barnet om å gjøre dette i passende og vell valgte situasjoner. Lidcombe programmet har ingen andre behandlings prinsipper. Det er dette som kontrollerer stammingen (Onslow 2003a).

I den første delen av behandlingsfasen, når foreldrene lærer ulike måter å gi verbal tilbakemelding, skal foreldrene praktisere dette i velvalgte, strukturerte samtale situasjoner. Dette for at man skal være sikker på at barnet responderer på behandlingen, samtidig som barnet venner seg til behandlingsformen. Når foreldrene er trygge, og barnet trives med dette, går man over til å gi verbale tilbakemeldinger hver dag i ustrukturerte situasjoner (Onslow 2003a).

### 3.6.6 Ukentlig besøk hos logoped

Metoden baserer seg på at foreldre og barn avlegger et ukentlig besøk hos en logoped som er utdannet lidcombeinstruktør. Logopeden veileder foreldre i å implementere prosedyrene. Foreldrene får videre tett oppfølging og veiledning hos logopeden. Etter hvert som behandlingen skrider framover, endrer veiledningen seg. Det er viktig at foreldrene lærer forskjellige måter å utføre behandlingen på. Når bruddene i taleflyten er redusert etter gitte kriterier, trappes veiledningen ned. Målet er da at foreldrene skal bidra til å opprettholde taleflyt eller nesten taleflyt. Skulle det bli flere brudd i taleflyten etter en stund kan en gå tilbake til mer intensiv behandling igjen. Dette kravet om tett oppfølging fra foreldre er avvikende fra andre taleflyt behandlingsmetoder for førskolebarn som stammer (Onslow 2003a).

Hvert besøk hos logopeden starter med at logopeden foretar en objektiv vurdering av barnets stamming. Dette gjøres ved at logopeden teller antall brudd i talen gjennom en samtale. Like viktig er foreldrenes daglige vurdering av barnets stamming. Dette gjøres på en skala fra 0 – 10, og skal gjennomføres daglig mellom hvert logopedbesøk. Logoped og foreldre har da en nøyaktig og verdifull vurdering av stammingen som de kan drøfte. Blant annet kan man finne ut hvor mye eller lite stamming barnet har, om det er dager eller situasjoner som er verre enn andre (Onslow 2003a).

Lidcombe programmet medfører minimale endringer i barnets daglige miljø, men krever at foreldrene må være ekstremt selektive når de gir verbale tilbakemeldinger til barnet. Onslow (2003a) poengterer at man skal ikke innføre verbale tilbakemeldinger i all kommunikasjon som man har sammen med barnet i løpet av en dag.

I den første behandlingsfasen er det et spørsmål som gjelder; virker behandlingen? Hvis behandlingen ikke virker, er det et eller annet som ikke gjøres riktig. Man må da lokalisere ”feilen”, slik at man kan få rettet den opp (Onslow 2003a).

### 3.6.7 Et typisk besøk hos logoped

Det første man gjør når man kommer på det ukentlige logoped besøk, er å foreta en objektiv vurdering av barnets stamming. Denne vurdering foretar logopeden alene. Logopeden har på forhånd gjort klar en aktivitet som foreldrene og barnet skal utføre. Det kan for eksempel være å leke eller samtale om noen bilder. Når foreldrene og barnet gjennomfører aktiviteten, sitter logopeden litt til sides for dem. Logopeden teller nå stavelser og antall brudd på stavelsene hos barnet (Lincoln og Packman 2003). Til dette bruker logopeden en spesial utviklet tellemaskin. Maskinen regner ut hvor mye prosent stamming det er i barnets tale. Målet er å komme ned i 0 % som er poengter tidligere jf. Punkt 3.6.2.

Deretter presenterer foreldrene ukens vurdering over barnets stamming som de har loggført. Denne skåring eller vurdering er gjort hjemme, hver dag. Logopeden presenterer sin vurdering av barnets stamming. Til sammen gir dette et diskusjonsgrunnlag for foreldre og logoped. Man diskuterer eventuelle endringer siden forrige besøk, har stammingen endret seg i hyppighet, kan man observere framgang, fungerer de strukturerte situasjonene hjemme tilfredsstillende, etc. Barnet deltar ikke i denne diskusjonen, men leker på egen hånd med tilgjengelige leker.

Når samtalen mellom foreldre og logoped er over, viser eventuelt foreldrene sammen med barnet hvordan de har jobbet hjemme den siste uken. Logopeden gir foreldrene tilbakemelding på hvordan dette fungerer, og kommer med innspill på hvordan foreldrene skal jobbe den kommende uke. Dette kan også innbefatte nye momenter. Logopeden demonstrerer de nye endringene for foreldrene, før de prøver seg på dem. Logopeden gir tilbakemeldinger til foreldrene på de nye momentene som er blitt tilføyd på dette besøket. Er det nødvendig, så demonstrerer logopeden flere ganger for foreldrene. Tilslutt oppsummerer logopeden med hvilke tiltak foreldrene og barnet skal jobbe med hjemme den kommende uken. Hvis det er noe som er uklart for foreldrene blir de oppmuntret til å stille spørsmål eller be om ytterlige forklaringer fra logopeden (Onslow 2003a).

Når stammingen er eliminert eller redusert til et minimum er man ferdig med stadium I. Stammingen skal da ha vært stabil på, eller helt borte, noen uker før man går over til stadium II. I gjennomsnitt går det ca 11 uker fra behandlingsstart til man barnet kan gå over til stadium II (Webber og Onslow 2003).

### **3.6.8 Stadium 2**

Målet for stadium 2 er å opprettholde stammefri tale. Besøkene hos logopeden blir sjeldnere og sjeldnere, og de varer ikke mer enn ca en halv time ad gangen. Foreldrene og barnet jobber ikke sammen i strukturerte aktiviteter. Barnet får tilbakemeldinger i mer tilfeldige, ustrukturerte samtaler. Hvis det er nødvendig kan man gi tilbakemeldinger i strukturerte samtaler i en kort periode, etter prinsippene for stadium I. Deretter går en tilbake til stadium 2. Det er foreldrene som har hovedansvaret for å opprettholde stammefri tale. (Onslow 2003a, Manual for lidcombe programmet).

### **3.6.9 Ulike erfaringer med lidcombe programmet omkring I verden**

I en undersøkelse som er gjennomført i Canada rapporteres det at 90 % av de spurte logopedene var fornøyd eller meget fornøyd med lidcombe programmet som behandlingsmetode (Shenker og Wilding 2003). En tilsvarende studie er gjennomført i Storbritannia blant logopeder som praktiserer lidcombe metoden. Her kommer det blant annet fram at logopedene har mottatt positive tilbakemeldinger fra foreldre som har gjennomført lidcombe programmet sammen med sitt barn (Hayhow et al. 2003). Guitar (2003) hevder også at hovedtyngden av tilbakemeldingen fra foreldrene er positive vedrørende lidcombe programmet. På New Zealand ble det i 2001 gjennomført en undersøkelse blant logopeder på hvilke behandlingsmetoder de anvendte i behandling av stamming. Denne undersøkelsen avdekker at logopedene bruker forskjellige behandlingstilnærminger overfor barn og voksne. Av 59 spurte svarte 42 stykker at lidcombe programmet var en av flere behandlings metoder som de anvendte (Jones et al. 2003).

### 3.6.10 Forskning på lidcombe programmet

Forskere i Australia, New Zealand og Storbritannia har konsentrert seg om forskning på effekten av behandlingen. Er stammingen redusert, hvor mye er stammingen redusert, er stammingen helt borte? etc. (Yairi et. al 2005, Packman et al. 2003). I 2005 var resultatene etter en randomisert kontrollert undersøkelse på effekten av lidcombe programmet klar. Undersøkelsen ble gjennomført på New Zealand. Dette var også første gang effekten av en slik tidlig intervensjon ble undersøkt i en randomisert undersøkelse uavhengig av behandlingstilnærming. 54 barn deltok i denne undersøkelsen. 29 barn ble behandlet med lidcombe programmet. Kontrollgruppen besto av 25 barn. Etter 9 måneder hadde barna som fikk behandling med lidcombe programmet redusert stammingen sin med 77 %. Halvparten av barna, 52 %, var nede på et minimumsnivå. Barna i kontrollgruppen hadde redusert sin stamming med 43 %. 15 % av barna var nede på et minimumsnivå. Undersøkelsen oppsummeres med at lidcombe programmet er en effektiv behandlingsform for førskolebarn som stammer. Lidcombe programmet er betydelig mer effektiv enn naturlig bedring. Flere førskolebarn får redusert sin stamming med lidcombe programmet, enn førskolebarn som ikke blir behandlet med lidcombe metoden (Jones et al. 2005).

Det har i de senere år blitt forsket på hjernen og hvilken deler av hjernens sentre som er i bruk hos personer som stammer. Disse undersøkelsene er først og fremst blitt gjennomført på voksne personer som stammer (Alm 2007). I den senere tid er lidcombe programmet også blitt knyttet opp mot forskning på hjernens funksjoner. Forskning viser at det er mulig å lage "nye spor" i hjernen mellom språksentrene. Med "nye spor" menes nydanning av synapser, synapseforandringer, kortikal reorganisering og mulig nydanning av hjerneceller. Dette kalles å utnytte hjernens plastisitet (Dietrichs 2007). Hjernen har størst evne til slik plastisitet i de første leveårene til barnet. Henriksen og Solheim har satt fram en hypotese om at det er mulig å indusere varig flytende tale selv om barn har hatt en periode med talebrudd.

De mener at det er akkurat dette som skjer gjennom behandling med lidcombe programmet (Henriksen et al. 2007).

### **3.6.11 Forskning på lidcombe programmet i Norge**

Det er generelt liten kjennskap til lidcombe programmet her i Norge. Når det gjelder forskning, som jeg kjenner til, er det skrevet en hovedoppgave om lidcombe programmet her i Norge. To norske studenter ved universitet i Oslo gjennomførte i 2002 en undersøkelse blant foreldre til barn som stammer, i Australia, om deres erfaring med direkte stammebehandling (Hansen og Herland 2004). I deres undersøkelse kommer det fram at et stort flertall av foreldrene trives med å være i behandlerrollen. Det kom også fram at en del foreldre kunne føle at ansvaret ble for stort, spesiell ved manglende resultater. Ingen av foreldrene i denne undersøkelsen mente at de sentrale komponentene i lidcombe programmet var uoverkommelige å gjennomføre. Noen av foreldrene som deltok i Hansen og Herland sin undersøkelse mente at det største problemet med denne metoden var å finne tid hjemme til den daglige lekbaserte økten. Det påpekes at det da er viktig at logopeden hjelper foreldrene til å tilrettelegge dagen slik at opplegget kan gjennomføres. Alle barna som var med i denne undersøkelsen hadde fått redusert sin stamming. Det oppsummeres med at lidcombe programmet krever tid, kunnskaper og ressurser fra barn, foreldre og logoped. Metoden kan være optimal for noen, men ikke for alle.



## 4. Metode og datainnsamling

Jeg innleder dette kapitlet med å hente fram problemstillingen. Dette fordi den har vært ledende i forhold til valg av forskningsmetode. Problemstillingen lyder som følger: *Hvilke erfaringer har danske logopeder med bruk av lidcombe programmet som behandlingsmetode av førskolebarn som stammer.* Til problemstillingen har jeg følgende underspørsmål:

1. Hvordan tilrettelegges behandlingsopplegget særskilt for det enkelte barn?
2. Hvilken betydning har verbale tilbakemeldinger i behandlingsopplegget?
3. Hvilken betydning har foreldrene i behandlingsopplegget?
4. Hvilke erfaringer har logopedene i forhold til behandlings effekt med lidcombe programmet som behandlingsmetode for førskolebarn som stammer?

### 4.1 Metodisk tilnærming

Med bakgrunn i problemstillingen valgte jeg en kvalitativ forsknings tilnærming. Kvalitativ forskningsmetode egner seg nettopp til å få fram erfaringer og oppfatninger hos mennesker det er dette som er formålet med prosjektet. Den kvalitative forskningstilnærming er også godt egnet til å få fram informantens tanker og refleksjoner. Dette gir en metodisk konsekvens i form av åpen dialog og fri samtale som innfallsvinkel (Befring 2002).

Når en anvender en kvalitativ metode, er en interessert i å få en forståelse av helheten. I tillegg ønsker en også å få detaljkunnskap om det en undersøker. En kvalitativ tilnærming har også fokus på opplevelsesperspektivet, og å beskrive forholdene som menneskene lever i. Sammen med teori og innsikt gir dette grunnlag for refleksjon og større dybde (Dalen 2004, Kvale 2001). I ettertid seg jeg at underspørsmålene som går på behandlingseffekt kunne kanskje bli like godt svart ved å bruke en kvantitativ tilnærming. Da de andre spørsmålene legger vekt på erfaringer, tanker, refleksjoner

blir allikevel en kvalitativ metode valgt slik at alle spørsmålene kunne sees på av ett måleinstrument.

## 4.2 Hermeneutisk tilnærming

Informasjon som vi tilegner oss fra andre må vi tolke. Det er vanlig å definere slik tolkning som hermeneutikk. All informasjon som vi samler inn er allerede blitt tolket. Fakta finnes ikke i seg selv (Fugleseth 2006).

”Hermeneutikken handler om hvordan forståelse og mening kan bli mulig, hvor all forståelse er betinget av den konteksten eller situasjonen noe forstås innenfor”.

(Johnsen 2006: 123)

Fugleseth (2006) hevder at en må tolke seg selv inn i tolkningsprosessen. Hvordan påvirker vi det vi forsker på? I møte med andre mennesker er vi med på å skape en felles ramme for forståelse sammen med de andre. Dette skjer gjennom en dynamisk prosess. Går man inn i en objektiv kilde som for eksempel en tekst da mangler denne dynamikken. Sammenligner vi disse to faktorene blir det en grunnleggende forskjell. Fugleseth (2006) bedyrer at dette fører til at det ikke finnes nøytrale data. En må vise hva en står for. Forskningen blir dermed selvrefleksiv og ikke avgrenset til om en har brukt rett metode eller teknikk (Fugleset 2006, Skogen 2006). Som forsker kan vi ikke stå på sidelinjen og observere hva som skjer. Forskning er en sosial prosess hvor vi alle er deltakere. Kritisk innstilling til et fenomen bygger på at vi allerede har forstått eller tror vi har forstått (Fugleseth 2006). Hermeneutisk teori hevder at det finnes ikke noen objektiv virkelighet og derfor er det ikke mulig å utvikle rett kunnskap om virkeligheten (Gall et. al 2007).

### 4.3 Intervju som forskningsmetode

Jeg valgte intervju som forskningsmetode i undersøkelsen min med bakgrunn i problemstillingen som jeg stiller jf. 1.2 og 4. Jeg kom fram til at intervju som tilnærming ville være den metoden som kunne belyse problemstilling best kontra bruk av video eller observasjon som også er en del av den kvalitative forskningstilnærming. Intervju som metode er godt egnet for å få fram informantenes opplevelser i sin livsverden. Disse opplevelsene blir deretter tolket av forskeren (Kvale 2001). Intervju kjennetegnes ved en utveksling av informasjon mellom to eller flere personer som snakker sammen om et tema som de har interesse for (Dalen 2004, Befring 2002, Kvale 2001). Informantens verbale ytringer i intervjuet, er det som utgjør datamaterialet i forskningsprosjektet. Det er derfor viktig å ta seg tid til å høre på hva informanten har å formidle (Dalen 2004).

### 4.4 Semistruktuerte intervju

Jeg kom fram til at semistrukturert intervju ville gi informantene anledning til å komme med sine refleksjoner og opplevelser omkring lidcombe programmet da dette er det sentrale i forhold til problemstillingen som stilles. Semistrukturerte intervju kjennetegnes ved at intervjuformen er løs i formen. Det er en dialog mellom to personer hvor ordet får flyte fritt omkring et gitt tema (Dalen 2004, Befring 2002, Kvale 2001). Johnsen (2006) fremhever at i det semistrukturerte intervju innhenter man standarddata. I tillegg får man en større dybdeforståelse enn i et strukturert intervju. I et strukturert intervju er det utformet fastlagte spørsmål og svarkategorier (Befring 2002).

### 4.5 Utvalg

Utvalgskriteriet mitt ble å finne lidcombe instruktører som hadde anvendt lidcombe metoden i praksis. Jeg kom fram til at en del av utvalgskriteriet skulle gå på hvor

lenge logopedene hadde praktisert metoden. Jeg satte et kriterium på at informantene skulle ha anvendt metoden i praksis i minst 3 år. Hensikten med dette utvalget var å få informanter som kunne gi meg relevant dybde informasjon i forhold til problemstillingen min. Til dette fikk jeg hjelp fra den danske lidcombe kursinstruktør. Det er bare en logoped som er godkjent til å holde sertifiseringskurs for andre logopeder i lidcombe metoden, i Danmark. Lidcombe kursinstruktøren sendte meg en liste med navn på aktuelle kandidater som hadde minst 3 års erfaring med metoden. Det var oppgitt 7 personer på denne listen og jeg kontaktet alle. Jeg sendte dem et informasjonsskriv om undersøkelsen som jeg ville gjennomføre. Det kom positivt svar, til å delta i min undersøkelse, fra 4 personer. Den ene informanten trakk seg fra forskningsprosjektet på grunn av sykdom. Dette frafallet skjedde samme morgen som jeg kom til Danmark og gav meg ikke tid til å skaffe ny informant til undersøkelsen. Dette førte til at jeg har 3 informanter som deltok i undersøkelsen. Man kan spørre seg selv om hvem som velger å delta i slike undersøkelser som denne. En slik undersøkelse kan være en belastning når den kommer i tillegg til alt det andre arbeidet som her gjelder logopeder. Det kan derfor være grunn til å stille spørsmål om de som deltar, er det de som inngår i den gruppen av logopeder som ønsker å være oppdatert på arbeidsfeltet sitt? Kan det være de logopeder som har mange barn til behandling som deltar i en slik undersøkelse? Det finnes ikke svar på disse spørsmålene da det ikke ble spurt om dette da intervjuene ble gjennomført. Det er allikevel interessante spørsmål spesielt med tanke på at logopeden ikke har noe igjen for å delta i undersøkelsen.

#### **4.5.1 Bakgrunnsinformasjon om informantene**

Jeg vil nå gi en kort presentasjon av informantene.

#### **4.5.2 Kjønn og alder**

Tidligere nevnt så består utvalget mitt av 3 godkjente lidcombe instruktører. Informantene har sitt virke på tettsteder og mindre byer på Fyn, Jylland og Sjælland.

Samtlige informanter er kvinner. Dette var ikke uventet. Jeg hadde en før-forståelse om at logopedene ville være kvinner. Under et praksisopphold i Danmark tidligere i studiet, møtte jeg bare kvinnelige logopeder. Alderen på informantene er fra 47 – 53 år. Gjennomsnittlig alder er 49 år. Logopedene hadde i gjennomsnitt en arbeidserfaring på 6,8 år.

### **4.5.3 Utdannelse**

Den ene av de tre informantene har arbeidet som lidcombe instruktør i 3, 5 år. De to andre informantene har arbeidet 3 år med metoden. Alle informantene har en pedagogisk bakgrunn fra tidligere, før de videreutdannet seg til logoped.

### **4.5.4 Barn til behandling**

Da jeg gjennomførte undersøkelsen min hadde 2 av informantene 7 barn til behandling. En informant hadde 6 barn til behandling.

## **4.6 Intervjuguide**

Godt forarbeid er av avgjørende betydning for relasjonen mellom informant og intervjuer. Dette gjelder ikke minst for resultatet (Dalen 2004, Kvale 2001). I utarbeidelsen av intervjuguiden la jeg vekt på teori som omhandlet lidcombe programmet. Jeg var interessert i å få utarbeidet spørsmål som kunne hjelpe informantene til å komme med sine erfaringer og opplevelser med bruk av lidcombe programmet. Jeg vektla tema som vedrørte bakgrunnsinformasjon om informanten, behandling på stadium I og II, bruk av verbale tilbakemeldinger, hvordan man samarbeider med foreldrene fra start til slutt, aldersgruppen 7 – 12 år, hvordan det har gått med barna som er blitt behandlet med lidcombe programmet og hvilke opplevelser og erfaringer logopedene satt igjen med etter å ha brukt denne metoden i noen år. Jeg valgte bl.a. å ikke fokusere så meget på registreringsskjemaene som brukes for å ha oversikt over hvor mye barnet stammer. Registreringsskjema er et

måleinstrument som brukes for å måle barnets stamming. Jeg var interessert i å få fram den enkelte informants subjektive opplevelser og erfaringer med denne metoden. Med bakgrunn i dette utarbeidet jeg hovedspørsmål, med dertil oppfølgningsspørsmål i intervjuguiden.

Da intervjuguiden var utarbeidet, sendte jeg den til informantene pr. mail. Jeg sendte kun ut hovedspørsmålene. På denne måten fikk informantene en mulighet til å forberede seg til intervjuet. Jeg hadde en formening om at jeg på denne måten kunne starte en refleksjon hos informantene i forkant av intervjuet.

Jeg valgte å stille alle spørsmålene i intervjuguiden for å få mest mulig informasjon slik at jeg kunne få svar til problemstillingen som jeg stiller. Nå har det seg slik at ting endrer seg under veis. Det gjelder også for min oppgave. Fokuset mitt har endret seg i fra utarbeidelsesfasen til bearbeidingsfasen. Nå i ettertid ser jeg at jeg kunne bl.a. ha stilt ta med flere spørsmål i forhold til behandlingsopplegget på stadium II og II. Jeg kunne kanskje tatt bort spørsmålene som går på registreringsskjemaet, stammeprosent, tellemaskin og aldersgruppen 7 – 12 år.

I intervjuguiden stiller jeg en del spørsmål som ikke går igjen i problemstillingen og forskningsspørsmålene. Jeg valgte å ha med disse spørsmålene og stille dem til informantene for å få en større innsikt og forståelse for lidcombe programmet. Å få høre personlige beretninger gir større forståelse enn å lese teori. Jeg hadde riktig nok lest Onslow og Packman (2003) for å kunne utarbeide intervjuguiden.

## 4.7 Prøveintervju

Jeg gjennomførte ikke et prøveintervju. Det ble knapt med tid fra intervjuguiden ble utarbeidet og fram til avreise dato til Danmark. Ut fra økonomiske og familiære hensyn var det ikke anledning til å utsette eller reise flere ganger til Danmark for å gjennomføre intervjuene. I ettertid burde jeg nok ha beregnet bedre tid slik at det var anledning til å få gjennomført et prøveintervju. Det ideelle ville nok være å gjennomføre prøveintervju med en som har kjennskap til lidcombe programmet. På

den måten kan en få tilbakemeldinger på selve spørsmålene som man stiller, samtidig som man får trening i å være i intervjuerrollen.

## 4.8 Gjennomføring av intervjuene

Jeg reiste til Danmark og gjennomførte intervjuene i løpet av to dager. Samtlige intervjuer ble gjennomført på informantens arbeidssted. Det ene intervjuet ble gjennomført på et møterom. De to andre intervjuene ble gjennomført på informantens kontor. Informantene hadde da sperret telefonen sin for innkomne samtaler og gitt beskjed til kollegaene sine om at vi måtte ikke bli forstyrret. Informantene hadde også satt av god tid til gjennomføringen av selve intervjuet. Samtalen fløt fint i alle tre intervjuene. Informantene kom med lange svar. Det hendte flere ganger at vi var begynt å prate om et tema for så å gå over til et annet tema i intervjuguiden uten at jeg stilte spørsmål. Det forekom flere ganger da at informanten stoppet seg selv og sa at dette ville vi komme tilbake til senere i intervjuet. Den ene informanten hadde mye å bidra med i forhold til lidcombe programmet, stamming og stammebehandling generelt. Vi holdt oss allikevel til de utarbeidede spørsmålene i intervjuguiden. Intervju 1 og 3 ble gjennomført på ca en time. Intervju 2 tok litt lengre tid, ca 1 ½ time. Min oppfattelse er at jeg forsto de danske logopedene godt og omvendt. Var det noe som var uklart for den ene av partene så ble det tatt opp med en gang til avklaring. Alle intervjuene ble tatt opp på digital opptaker. Dette for at jeg skulle kunne konsentrere meg mest mulig om informantene. På den måten var jeg fri til å ta feltnotater (Dalen 2004). Under det siste intervjuet sviktet den digitale opptakeren, de siste 20 minuttene, slik at jeg måtte selv notere ned de siste svarene fra informanten.

## 4.9 Transkribering

Da gjennomføringen av alle intervjuene var ferdig, startet arbeidet umiddelbart med å transkribere intervjuene. Ved å transkribere intervjuene blir det talte ord til tekst som kan brukes i tolkningsprosessen (Dalen 2004). Jeg startet arbeidet ved å notere for

hånd fra opptakeren. Da dette arbeidet var ferdig ble notatene renskrevet på pc. De to resterende intervjuene ble transkribert i transkriberingsprogrammet *transana*. I dette programmet laster man inn lydfilene sine på pc'en, slik at en kan skrive ut lydfilene til tekst. Tekstskrivningen skjer i den samme dialogboksen hvor lydfilene befinner seg. Dette sparte meg for en del dobbelt arbeid og ikke minst tid. Jeg fikk allikevel anledning til å bli kjent med dataene mine (Dalen 2004). Jeg valgte å transkribere all tale til norsk, også de danske uttalelsene fra informantene. Jeg valgte å gjøre dette først og fremst fordi jeg skriver denne oppgaven på norsk. Det har heller ingen betydning for oppgaven om intervjuene ble transkribert til dansk eller norsk, all informasjon er tatt med. En del typiske danske ord som for eksempel *måske* som betyr *kanskje*, er blitt direkte oversatt i transkriberingsarbeidet. I det første intervjuet som ble transkribert tok jeg med pauser, "eh", latter og lignende. Da jeg startet arbeidet med å transkribere intervju nummer 2 kom jeg fram til at det var ikke nødvendig å notere ned alt som hadde forekommet i intervjuet. Da transkriberingsarbeidet var ferdig utgjorde dette til sammen 106 A4 sider.

## 4.10 Analyse

Noe av hovedhensiktene i kvalitativ forskningsprosess er å gi en beskrivelse av innformatenes forståelse av fenomener fra deres virkelige liv, som forskeren deretter fortolker (Kvale 2001). Det første en må gjøre er å gå gjennom alle svarene for å kunne kategorisere dem (Dalen 2004). Disse kategoriene kan man ha utarbeidet tidlig i forskningsprosjektet. En får da mulighet til å se etter sammenheng mellom dataene. Slik at en kan se etter ulike årsaker til bestemte mønstre i datamaterialet. Analysen av dataene blir enklere hvis en har en formening om hvordan en vil organisere dataen og presentere dem (Vedeler 2000). Dalen (2004) hevder at det er ulike nivåer i en kodingsprosess. Målet for denne prosessen er å komme til en overordnet forståelse av det innsamlede datamaterialet. På denne måten hevder Dalen at man ved hjelp av teori kan generalisere rundt fenomenet som man studerer.



I den tidlige analyseprosessen benyttet jeg intervjuguiden som struktur for analysen. Tematisering tok utgangspunkt i hovedspørsmålene fra intervjuguiden (Dalen 2004). Jeg gikk igjennom hvert intervju og trakk ut de uttalelser og svar som informanten hadde gitt til spørsmålene. Deretter sammenlignet jeg de forskjellige svarene opp mot hvert enkelt spørsmål. Dette gav meg en oversikt på hvor jeg hadde mange uttalelser og hvor hovedtyngden i datamaterialet lå. Hovedtyngden i datamaterialet gir en pekepinn på hvilke tema som bør bli utgangspunkt for analysearbeidet (Dalen 2004). Datamaterialet ble deretter organisert i hovedkategorier med tilhørende underkategorier. Hovedkategoriene var de samme som ble brukt i intervjuguiden. Neste steg var å gå gjennom dataene for å finne ut hva de egentlig handlet om. Deretter var det å finne mer abstrakte kategorier som jeg kunne plassere datamaterialet inn i. Hensikten er å finne kategorier som gir anledning til å forstå innholdet på et mer fortolkende og teoretisk plan (Dalen 2004). Jeg gikk bort fra å ha intervjuguiden som mal for kategoriseringen. Jeg satt opp nye kategorier ut fra hovedtyngden i datamaterialet. Datamaterialet ble nå organisert i de nye kategoriene. Hensikten med dette er å løfte funnene opp fra et beskrivelsesnivå til et fortolkningsnivå. Gjennom tolkning av datamaterialet får en ny forståelse av informantenes utsagn. Når en har fått gjort dette kan man begynne å vurdere hvilken teori som best kan være til hjelp for å komme videre i fortolkningsprosessen. Sammen med relevant teori og egen refleksjon er hensikten å få tak i det egentlige budskapet til informantene (Dalen 2004).

Neste steg i prosessen var å lage en skriftlig framstilling av funnene. Jeg valgte å skrive direkte sitat i teksten med kursiv skrift. Dette ble gjort for å få fram informantenes ytringer tydelig. Dalen (2004) hevder også at slike sitat er de som man finner i artikler og rapporter etter ulike studier og undersøkelser. I den skriftlige presentasjonen har jeg vektlagt tema som omhandler behandlingsstart med lidcombe programmet, hvordan behandlingsopplegget tilpasses det enkelte barn, verbale tilbakemeldinger, foreldrenes betydning, behandlingseffekt og logopedens erfaring med lidcombe metoden.

## 4.11 Validitet og reliabilitet

En undersøkelses kvalitet bedømmes som regel ut fra måleenhetene validitet og reliabilitet (Holand 2006). Kvale (2001) hevder at validitet dreier seg om en har brukt valide måleinstrumenter i undersøkelsen slik at resultatet er gyldig. Han påpeker også at validitet handler om forskeren som person, og hans erfaring med forskning. Dette gjelder spesielt i forhold til evaluering av det vitenskaplige arbeidet som er blitt levert.

Yin i Gall et. al (2007) vurderer kvaliteten på studier ut i fra tre forskjellige validitets kriterier og et reliabilitets kriterium: konstruksjons validitet, indre validitet, ytre validitet og reliabilitet. I kvalitative studier handler konstruksjons validitet om en har operasjonalisert og brukt måleinstrumentet korrekt på det som en har studert. Indre validitet handler om hvilke ekstraordinære variabler som kan påvirke undersøkelsen. Ytre validitet dreier seg om resultatene i undersøkelsen kan bli generalisert til andre personer og situasjoner som ikke er involvert i denne studien. Med reliabilitet mener en måleinstrumentets nøyaktighet og pålitelighet. (Yin i Gall et. al 2007).

### 4.11.1 Konstruksjons validitet

Dalen (2004) påpeker at det er særst viktig å beskrive de enkelte leddene i forskningsprosessen meget nøyaktig. På den måten kan en annen forsker gjennomføre en tilsvarende undersøkelse. Dalen poengter også at det kan være vanskelig å etterprøve en kvalitativ undersøkelse. Spørsmålene som jeg stilte var nøye strukturert og utarbeidet i intervjuguiden som ble brukt i samtlige intervju. Et intervju er som kjent en dialog mellom to personer som snakker om et tema som de begge har interesse for (jf. 4.3). Dette, sammen med at informantene hadde fått tilsendt hovedspørsmålene på forhånd, førte til at man gikk over på andre spørsmål uten at spørsmålet var stilt. Underveis i intervjuene notert jeg ned hvilke spørsmål som informantene svarte på, uavhengig om jeg hadde stilt spørsmålet eller ei, for å sikre at jeg fikk svar på alle spørsmålene som stilles i intervjuguiden. Under det siste intervjuet sviktet den digitale opptakeren de siste 20 minuttene, slik at jeg måtte selv

notere ned de siste svarene fra informanten jf. 4.7. Dette kan ha ført til at jeg ikke har fått notert ned alt som informanten formidlet. Dette kan også ha påvirket dialogen mellom meg og informanten ved at jeg ikke har vært like mye tilstede i relasjonen som i første del av intervjuet hvor opptakeren fungerte.

#### **4.11.2 Indre validitet**

Informantene som deltok i undersøkelsen hadde praktisert lidcombe metoden fra den tid de var utdannet i den. Samtlige hadde gjennomført flere behandlingsforløp. Informantene syntes det var vanskelig å påpeke noe som ikke fungerer så bra med lidcombe metoden. Noe av dette kan skyldes at samtlige er godkjente lidcombeinstruktører og praktiserer metoden. Dette fører nok til at de er "farget" av behandlingsmetoden og tar dette med seg inn i intervjuet og sine svar som de gir i intervjuet. Dette påvirker til en viss grad deres uttalelser når det gjelder styrker og positive sider ved lidcombe programmet. Dette er viktig å ha klart for seg i forhold til hva som kan påvirke resultatene. Samtidig så vet en at det er vanskelig å komme med objektive uttalelser om noe som vedrører en selv.

Det er lett å innta faste roller i en intervjusituasjon. Den som intervjuer kan bli fastlåst i gjennomføringen av intervjuguiden. Dette gjelder spesielt når en ikke er godt trent på å gjennomføre intervju, slik som meg selv. Dette kan ha påvirket informanten ved at informanten kanskje ikke fikk nok spillerom. Den ene informanten hadde mye å bidra med både i forhold til lidcombe programmet, stamming og stammebehandling generelt. Dette kan ha ført til at jeg, som uerfaren intervjuer, ikke klarte å styre intervjuet godt nok for å hente ut akkurat den informasjonen som jeg var på jakt etter.

Jeg mangler erfaring med å se muligheter i datamaterialet mitt knyttet opp mot en teoretisk fortolkningsmulighet slik som Dalen (2004) beskriver. Dette kan påvirke drøftningsdelen og fortolkningsdelen i oppgaven.

### 4.11.3 Ytre validitet

En kvalitativ undersøkelse slik som jeg har gjennomført kan ikke generaliseres til populasjonen slik som er målet med kvantitative undersøkelser. Gall mener imidlertid at det er mer riktig å bruke termen *brukbart* i stedet for generalisering når det gjelder kvalitative undersøkelser. Dette begrunnes med at kvalitative studier er basert på forskjellige prosesser og typer evidens (Gall et. al 2007). Utvalget i min undersøkelse er for lite til å generalisere av, men resultatene kan likevel være av interesse innenfor det logopediske fagfeltet.

### 4.11.4 Reliabilitet

Befring (2002) framhever at skal en styrke reliabiliteten i en undersøkelse må man bl.a. strukturere både spørsmålene og svarene i intervjuene. Reliabilitet handler også om at metodene kan etterprøves av andre og at de vil oppnå de samme resultatene som en selv er kommet fram til i en undersøkelse (Ask 2006, Befring 2002, Holand 2006, Yin i Gall et. al 2007).

Bruk av intervjuguide skal i prinsippet føre til lik gjennomføring av de forskjellige intervjuene. En faktor som kan påvirke undersøkelsen vil være både den som intervjuer og den som blir intervjuet. Det handler om mellommenneskelige forhold som vil variere fra intervju til intervju. Det er viktig i utgangspunktet å være positiv og åpen i møtet med informantene (Gall et. Al 2007). I møte med andre mennesker vil man kunne oppleve både å ha en god eller mindre god kjemi. Å fortelle om seg selv og sine opplevelser er et spørsmål om tillitt og fortrolighet (Gall et. al 2007). Det er informanten som er ekspert på sitt liv, ingen andre (Horsdal 1999). Slike mellommenneskelige forhold er det vanskelig å planlegge ut ifra. Hvordan kjemien vil være mellom intervjuer og informant vet man ikke noe om før man er i selve situasjonen. Opplever en at kjemien er til stede i intervjusituasjonen vil nok praten gå mer eller mindre av seg selv. Dette kan føre til at informant kommer med flere opplysninger omkring temaet for intervjuet. Det motsatte kan skje hvis det ikke

oppstår god kjemi mellom intervjuer og informant. Informanten vil da muligens gi få opplysninger utover selve spørsmålene som blir stilt.

## 4.12 Etiske hensyn

Før en forsker går inn i et forskningsfelt må han søke om tillatelse til å sette i gang forskningsprosjektet. Dette for å sikre personvernet (Dalen 2004). For forskningsprosjekt som forutsetter aktiv deltakelse skal man etter regelen kun sette i gang etter deltakernes informerte og frie samtykke. Når et samtykke er avgitt uten ytre press eller begrensninger av personlig handlefrihet er det et fritt samtykke (Dalen 2004). Informantene underskrev *informert samtykke* da de takket ja til å delta i undersøkelsen (NESH, punkt 8). Informantene har rett til *innsynsrett* hvis de ønsker det. Den eller de som gjennomfører et forskningsprosjekt har taushetsplikt. De opplysningene som kommer fram skal være anonym hvis de bringes videre i en forskningsrapport (Befring 2002). I undersøkelsen min stilte jeg spørsmål som dreide seg generelt om barn. Alle informantene kom i løpet av intervjuet inn på forskjellige barn som de hadde behandlet eller som var under behandling hos dem på dette tidspunktet. Disse barna ble nevnt med navn. Om dette var deres egentlige navn eller om det var fiktive navn vet ikke jeg. Uavhengig av dette, er ingen barnenavn tatt med i denne oppgaven. Ut fra problemstillingen som jeg reiser var det ikke anledning for logopedene å velge ut enkelte barn som de kunne snakke om. Å delta i denne undersøkelsen gir dem ikke noen fortrinn som jeg kjenner til. Dette kan oppfattes som en belastning på logopedenes vegne. Det kan også være en av grunnene til å avstå fra å delta i undersøkelsen. Det gis ikke noe økonomisk gevinst, men refleksjonen som oppstår i intervjusituasjonen kan likevel skape egenutvikling og kan således gjøre logopedene mer bevisst på sin egen rolle i logopedbehandlingen.

## 5. Presentasjon og drøfting av funnene i undersøkelsen

I dette kapitlet blir dataene presentert, analysert og drøftet i lys av teori. Noen av temaene var vanskelig å skille slik at det har ført til noen overlappinger. Informantene er gitt fiktive navn, *Tine*, *Bettina* og *Marie*. Dette for å sikre deres anonymitet og samtidig gjøre framstillingen mer personlig. Logopedens uttalelser er skrevet i kursiv for å tydeliggjøre utsagnene. Drøftningen kommer fortløpende i teksten, etter presentasjonen.

### 5.1 I gangsetting av behandling med lidcombe programmet

Foreldrene til barn som blir tilbudt behandling med lidcombe programmet blir informert grundig på forhånd om metoden og hva det innebærer å drive behandling med lidcombe programmet. Det blir gitt informasjon om de daglige lekbaserte øktene, om registrering av stammingen og det ukentlige logopedbesøk. Denne informasjonen blir gitt på et eget informasjonsmøte mellom barnets foreldre og logopeden. Tine vektlegger å forklare inngående hva lidcombe går ut på. Hun fortalte at hun brukte tid på å forklare foreldrene at lidcombe metoden er adferdsmodifikasjon og at det er taleadferden man går inn og retter på.

Hvis foreldrene ikke er motivert til å gå i gang med dette, har det ingen hensikt å starte behandling med lidcombe metoden. Foreldrene blir da tilbudt et annet behandlingsopplegg. Dette avgjør alle tre informantene før de starter selve behandlingsforløpet. Marie mente at det gikk greit å avgjøre om en skal sette i gang med lidcombe metoden. Hun mente det var lett å se om dette var noe som foreldrene var villig til å gå inn på. Marie sa det slik: "*Det er viktig at foreldrene er giret på lidcombe, eller så fungerer det ikke*". Bettina har ikke opplevd at noen foreldre har takket nei til denne behandlingsmetode, når de har fått innsikt i hva lidcombe

programmet innebærer. Hun opplever at foreldrene er villige til å sette i gang med metoden.

Alle tre forteller at etter lidcombe manualen skal barnet ha stammet i ca 1 år før en starter med behandling etter lidcombe metoden. Dette momentet brukes etter skjønn. Bettina fortalte at hvis barnet har mistet lysten til å tale eller er begynt å trekke seg fra sosiale situasjoner kan man ikke vente med å gå i gang. Da startet hun et behandlingsopplegg uavhengig av hvor lenge barnet har stammet. Tine og Marie syns at det er et godt tidspunkt å starte lidcombe behandling når barnet er i alderen 4 ½ til 5 ½ år. Bettina mente at det går fint å starte med lidcombe behandling når barnet er 4 år. Før denne tid mente logopedene at barna ikke er helt kognitiv modne for behandlingsopplegget.

Det som er viktig før en setter i gang med stammebehandling er faktisk å vite om det er stamming det dreier seg om eller om det dreier seg om barnestotring. Disse to faktorene skal en trent logoped kunne identifisere og skille fra hverandre. Dette blir også poengtert av Yairi og Ambrose (2005). Informantene fortalte at de startet ikke med lidcombe behandling før barnet har stammet i ca 1 år. Slik at da skal det ikke være noe tvil om at det er stamming det dreier seg om. Begrunnelsen for å vente med å starte behandlingen i 1 år blir sett i sammenheng med at mange barn oppnår naturlig bedring uten noen form for formell behandling, og at metoden har et krav om at barnet skal ha stammet i 1 år før en går i gang med behandling. En annen årsak til et en avventer med behandling etter prinsippene til lidcombe metoden kan være at det er en tidkrevende behandlingstilnærming. Av den grunn vil man ikke sette i gang med lidcombe programmet uten at det er nødvendig. Dette går i mot Michael Palin senteret og Guitar (2006) som hevder at behandling må starte så tett opp mot stammestartøyeblikket som mulig. Yairi og Ambrose (2005) mener at en bør se tingene litt an før man går i gang med behandling, nettopp på grunn av den høye sjansen for at naturlig bedring kan inntreffe. På dette punktet skiller lidcombe programmet, sammen med Yairi og Ambrose sine synspunkter mot mer tradisjonell stammebehandling for førskolebarn som for eksempel Barry Guitar. Flere av

informantene mente at det var et godt tidspunkt å starte behandling med lidcombe programmet når barnet var et sted mellom 4 og 5 år. Dette begrunnet de med at da var barnet kognitivt mer mottakelig enn hvis det bare var 3 år. Forskning fra USA og Danmark (jf. 2.3) viser at gjennomsnittlig alder ved stammestart er ca 2 år og 10 mnd. Dette samsvarer fint med å starte behandling når barnet er rundt 4 år gammelt.

Selv om en mener at man skal gi barnet tid etter at stammingen inntreffer, i tilfelle barnet oppnår naturlig bedring, kan man spørre seg hvordan vil stammingen utvikle seg hos de barn som ikke oppnår naturlig bedring? Forskere og klinikere kan enes om at når stamming har oppstått så forblir den ikke uendret, men endrer seg etter hvert som tiden går. Guitar (2006) hevder at barn med begynnende stamming er bevisst sine talebrudd og kan vise frustrasjon, utålmodighet og liten toleranse for stammingen. De første blokkeringene og unngåelsesadferd oppstår. Hos noen barn kommer dette fort, mens andre bruker lengre tid. Kan det være grunn til å anta at en del av barna vil i "ventetiden" utvikle flere av de overnevnte faktorer? Guitar (2006) poengterer at alle barn som begynner å stamme, vil ikke med tiden bli en avansert stammer. Barn som stammer vil etter hvert ende på ulike nivåer av stamming. Hvordan tilrettelegges behandlingsopplegget særskilt for det enkelte barn

Selv om lidcombe programmet bygger på behaviorismen er det det enkelte barn som er i hovedfokus i utforming av behandlingsopplegg og oppfølging underveis i behandlingen. Både Marie, Bettina og Tine innhenter en del generelle opplysninger om hvilke interesser barnet og familien har før de går i gang med et behandlingsopplegg. Dette gjør de for å få et best mulig behandlingsopplegg for barnet og familien. På dette grunnlag blir heller ingen behandlingsforløp lik. Samtlige presiserer at det er viktig å innhente disse opplysningene slik at en kan få laget et behandlingsopplegg som foreldrene kan gjennomføre hjemme. Ved å tilrettelegge for det enkelte barn mente informantene at den daglige lekbaserte behandlingsøkt ble forbundet med noe hyggelig. Bettina sa det slik: *Lidcombe skal være hyggelig for barnet. Det er og hyggelig, og det skal være hva er det nå hun har funnet fram til meg i dag*". En av logopedenes oppgaver blir også å sørge for at



foreldrene føler seg komfortable både med opplegget som de utfører hjemme og under det ukentlige logopedbesøk.

Yairi og Ambrose (2005) er ikke så opptatt av atmosfæren i behandlingssituasjonen. Behandlingen deres innbefatter riktig nok spill og historier, men det sies ikke noe om hvordan rammene omkring bør være. Guitar (2006) går lengre enn Yairi og Ambrose og sier at stammebehandling skal foregå i en positiv ramme og vektlegger det empatiske fokuset under all stammebehandling. Han mener at lek og spill er viktige motivasjonsfaktorer i behandling av førskolebarn. Michael Palin senteret legger i likhet med Guitar vekt på at behandlingen skal bære preg av å være en morsom lekestund. Barnet skal oppleve trygghet, og ha en trivelig stund sammen med foreldrene sine. De tilpasser i utgangspunktet behandlingen til barnets talerate. Det blir også vektlagt å rose foreldrene for deres innsats i interaksjonen med barnet fordi det gir betydning for samspillet mellom foreldre og barnet. En positiv holding som fører til en god sirkel i interaksjonen.

## 5.2 Verbale tilbakemeldinger

På stadium 1 bør foreldrene gi verbale tilbakemeldinger 40-50 ganger i løpet av dagen. Samtlige som deltok i undersøkelsen mente at det kunne være en utfordring for foreldrene å rekke å gi nok tilbakemeldinger overfor barnet i løpet av en dag. Dette begrunnet de med at i Danmark er det vanlig at både mor og far er yrkesaktive og førskolebarna går i barnehage. Bettina kommenterte denne faktoren med følgende ord: ” *Man kan ikke nå å gi så mange tilbakemeldinger til danske barn, de er hele dagen i barnehagen mens foreldrene er på arbeid* ”. Informantene mente at for få verbale tilbakemeldinger kan være årsak til at de danske barna som blir behandlet med lidcombe metoden bruker 2 – 3 uker lengre tid på å fullføre stadium I enn det som australske barn gjør.

Tine forteller at hun vil være helt sikker på at foreldrene er blitt trygg på å rose, i forhold til de verbale tilbakemeldingene, før hun går videre i behandlingsopplegget

med å introdusere verbale tilbakemeldinger for stamming. Hun mente at hun kanskje brukte litt lengre tid på dette enn andre logopeder. Tine begrunnet dette med at hun ville være helt sikker på at foreldrene mestrer dette med å rose og belønne. Til dette forklarer hun at skal belønningen virke, så må foreldrene være engasjert og gå inn for oppgaven. Ellers så klarer man ikke å endre taleadferd til barnet. Hun mente at det henger sammen med hjerneprosesser

Logopedene fortalte at i følge manualen for lidcombe programmet skal det gis ros 30 ganger hver dag på stadium 2, for å forsterke og vedlikeholde lidcombe behandlingen. Tine mente at det er vanskelig for danske foreldre. *"jeg er ikke sikker på at alle danske foreldre kan nå det"*. Dette begrunner hun med at begge foreldrene i Danmark er som regel yrkesaktiv og av den grunn ikke tilbringer så mye tid sammen med barnet sitt. Dette fører til at barnet og foreldrene bare har noen få timer sammen om ettermiddagen og kvelden og da rekker man ikke å gi så mange tilbakemeldinger.

På stadium 2 kommer foreldrenes verbale tilbakemeldinger i mer ustrukturerte situasjoner, som for eksempel når en baker boller eller er ute og koster gårdsplassen. Bettina forklarte dette med at da er situasjonen noe avgrenset hvor en kan styre språket litt. Bettina fortalte at det er kun i starten at lidcombe opplegget er ekstremt strukturert. Etter hver begynner man å gi tilbakemeldinger utover hele dagen. Det er de samme tilbakemeldingene på stadium 2 men de blir færre og færre.

Lidcombe metoden vektlegger bruk av verbale tilbakemeldinger overfor barnet når det gjelder taleflyt og stamming. Når barnet taler flytende får det høre at det var "fint sagt" eller "bløtt sagt". Eller barnet blir spurt om det som ble sagt, var "bløtt sagt". Ved talebrudd kan barnet bli konfrontert med "at der kom du til å hoppe på det ordet, kan du gjenta det bløtt sagt". Lidcombe programmet bygger med dette på behaviorismen og klassisk betinging. Ros og ris går igjen som en rød tråd i dette programmet. Lidcombe metoden er av mange blitt kritisert for sin bruk av ris og ros. En del av denne kritikken tror jeg skyldes utelukkende at man ikke har satt seg inn i metoden og vet nøyaktig hva den går ut på. Det blir da viktig å forklare hva begrepene ris og ros betyr i lidcombe sammenheng. Det blir ekstra viktig å forklare at

det er belønningen som er i fokus, ikke straffen. Man skal som kjent gi ros minst 5 ganger før man korrigerer barnets stamming. Guitar (2006) vektlegger i likhet med lidcombe metoden å rose flytende tale. Han blir sammen med foreldrene enig om hvilke ordlyd foreldrene skal bruke når de roser, slik at de samme ordlydene blir brukt bevisst i behandlingen. Guitar oppfordrer foreldrene til å rose hver femte gang barnet taler flytende. Tilbakemeldingene skal være i en positiv tone gjennom lek.

### 5.3 Foreldrenes betydning i lidcombe behandling

Tine mener bestemt at lidcombe metoden virker godt inn på foreldrene også, ikke bare barnet. Foreldrene blir mer trygg og er ikke så bekymret lengre. Tine uttalte: *"Den store foreldrebekymring tror jeg lidcombe hjelper på. De har fått innblikk i deres barn stamming som de ellers ikke ville ha fått, og det gir dem ro i magen"*. Bettina forteller at kanskje har det vært krevende for foreldrene men på en god måte. Dette opplegget har de på en måte klart selv. Bettina, Tine og Marie har kun mottatt positive tilbakemeldinger fra foreldrene når behandlingen av barnet er ferdigstilt. Foreldrene opplever at behandlingsforløpet også har gitt dem noe. Behandlingen virker positivt inn på forholdet mellom foreldre og barn. Foreldrene har fått bedre kjennskap til deres barn og til seg selv. Ut fra sine tilbakemeldinger fortalte Marie at ingen av foreldrene hadde fortalt at det hadde vært en stor belastning. Tvert i mot har foreldre fortalt at det har vært lærerikt og at de har lært mye om stamming. Bettina poengterte: *"Den eneste hindring som kan oppstå i lidcombe metoden er foreldrene. Det vil aldri være barnet"*. Informantene fortalte at stort sett er foreldre villig til å gå i gang med lidcombe programmet.

Det er kjent at jo mer kunnskap en har om ulike fenomener jo mindre skremmende og farlig blir de. Slik virker det nok også for foreldre til barn som stammer. Guitar (2006) sier at han vektlegger å veilede foreldrene i forhold til hva stamming er og hvordan den kan arte seg. Dette blir også gjort på Michael Palin senteret. Dette er også i samsvar med lidcombe programmet. Yairi og Ambrose (2005) går noe i mot dette ved at de legger mest vekt på å få gjennomført behandlingsopplegget.

Alle tre har hatt barn til behandling, hvor også en av foreldrene stammer. Bettina og Tine har begge opplevd at en far, som stammer, gjennomførte lidcombe behandlingen på sitt barn. Bettina forteller: *"Det betyr ikke noe for gutten og han kan hjelpe sin sønn, så han kanskje ikke skal gå gjennom det samme som han selv har vært igjennom"*. Dette barnet har vært stammefri i over 1 år i følge Bettina. Tine har opplevd at lidcombe programmet fungerer positivt for en far som stammer. Hun beskrev at hun kunne merke at det ukentlige logopedbesøket hvor man bl.a. snakker en del om forskjellige former for stamming var godt for denne faren. Han lærte mye om sin egen stamming som han ikke hadde kjennskap til fra før.

På stadium 2 blir besøkene sjeldnere og sjeldnere hos logopeden. Bettina poengterer: *"Har foreldrene behov for oftere møter, så gjør vi det. Det er viktig at foreldrene er komfortable"*. Under stadium 1 skal det være en lekbasert økt i 15 -20 minutter hver dag, hvor foreldrene kommer med verbale tilbakemeldinger til barnet. Bettina forteller at flere foreldre har meldt tilbake til henne at de opplever disse lekestundene sammen med barnet på stadium 1, som svært positive. Hun forteller at mange foreldre kommer og spør om de ikke kan fortsette med denne daglige lekeøkten selv om man er gått over til stadium 2.

Yairi og Ambrose (2005) vektlegger i deres behandlingstilnærming å lære foreldrene å tale sakte. Foreldrene skal tale sakte hjemme sammen med barnet men det er ikke tidfestet hvor mye det skal være eller hvor ofte. Dette går noe i mot Michael Palin senteret og Guitar som tidfester hvor mye og ofte foreldrene skal øve med barnet hjemme. Både Michael Palin senteret og Guitar (2006) legger i sitt behandlingsopplegg opp til at foreldrene skal følge opp behandlingen hjemme mellom hvert besøk. Michael Palin anmoder til at foreldrene praktiserer i minst 5 minutter hver dag for å implementere behandlingen. Dette skal skje i gjennom en lekesituasjon. Guitar (2006) bygger sin direkte behandling på lidcombe metoden. Han poengterer at det er viktig at foreldrene kommer med positive, verbale tilbakemeldinger. Foreldrene blir veiledet til å gi verbale tilbakemeldinger når barnet taler flytende. Regelen er ros pr femte gang for taleflyt. Tidlig i behandlingsfasen

skal de verbale tilbakemeldingene komme når foreldrene og barnet er på to manns hånd. Dette er i samsvar med lidcombe metoden. Når barnet responderer på behandlingen, blir foreldrene gradvis veiledet til å gi verbale tilbakemeldinger i daglige aktiviteter i familien. Guita (2006) går i mot lidcombe metoden ved at han veileder foreldrene til å kommentere stamming på en akseptabel måte, ikke så hardt som lidcombe programmet forlanger. Foreldrene skal også føre en daglig logg over barnets *taleflyt*, ikke talebrudd slik som lidcombe metoden praktiserer.

## 5.4 Logopedenes erfaringer når det gjelder behandlingseffekt som metoden gir

Bettina og Tine forteller at allerede etter 2-3 uker merker man bedring hos barna. De forteller at de heller ikke har opplevd at noen av deres barn *ikke* har oppnådd bedring innen 5 uker. Både Bettina, Tine og Marie forteller at alle de barna som de har behandlet bruker 13- 15 uker på stadium I før de er klar for å gå over til stadium 2. Når barnets stamming er redusert ned til null og har vært stabil noen uker går en over til stadium 2. Bettina fortalte at det ikke er alle barn som kommer ned på 0 på registreringsskjemaet. Det vil alltid være noen som ligger fast på 2. Det er noe stamming, men deres stamming er redusert til en lett og løs stamming som ikke influerer dem i noen grad. Når det viser seg at denne stammingen er stabil går man over til stadium 2.

Bettina forteller at hun har gjennomført 17 behandlingsforløp, hvor barna er ferdig behandlet med lidcombe programmet. Av disse 17 barna er det fremdeles 2 barn som stammer. Det ene barnet har hatt stabil stamming i 2 ½ år. Bettina mener at lidcombe programmet er en effektiv metode som gir resultater. Hun kommenterte det slik: *"Den virker! Den virker ikke sånn at alle blir stammefri, men den virker sånn at alle stammer mindre"*. Tine mente at hvis barnet hadde vært oppe i 20 - 25, i stammeprosent ved behandlingsstart og hadde kommet ned på 1-3 % så var det en stor forskjell. Denne forskjell merker også foreldrene og informantene opplever at de er veldig glade for dette resultatet.

Samtlige som deltok i undersøkelsen fortalte at de opplevde at lidcombe metoden var en effektiv metode. De var imidlertid usikker på hva som gjorde at behandlingen ble så effektiv som den er. Usikkerheten dreide seg om det var de positive eller negative tilbakemeldingene, eller begge deler sett under ett som førte til at behandlingen virket. Tidligere forskning og framsatte hypoteser gir grunnlag for å anta at de verbale tilbakemeldingene er en sterk medvirkende faktor til behandlingseffekt. På sikt fører dette til forandringer i hjernen og taleflyt er realitet (Jf. 3.13).

Yairi og Ambrose (2005) er ikke så opptatt av behandlingseffekt i sitt behandlingsopplegg. De legger vekt å introdusere sakte tale, som på sikt kan føre til stammefri tale. Guitar (2006) hevder at førskolebarn kan oppnå spontant flytende tale. Han har ikke som et behandlingsmål at alle barn skal bli stammefri, men at alle barn kan stamme løsere og lettere. For noen barn fører dette til at de vil oppleve flytende tale. Dette er i motsetning til lidcombe metoden hvor målet er at barnet skal bli stammefri.

## 5.5 Forskjeller i forhold til andre behandlingsmetoder

Bettina, Marie og Tine påpeker at den aller største forskjellen med lidcombe programmet kontra andre metoder, er oppfølgingen hjemme etter det ukentlige besøket hos logopeden. Programmet skiller seg også ut fra andre behandlingstilnærminger ved at foreldrene gjør mesteparten av jobben ved hjelp av verbale tilbakemeldinger. Programmet skiller seg også fra andre behandlingsmetoder ved at en tar utgangspunkt i barnets interesser. Dette fører til at det blir et individuelt behandlingsopplegg for hvert enkelt barn. I følge Marie skjer denne tilpassingen på følgende måte: ” *Det er det enkelte barn som er i fokus hele tiden. Det er hele barnet, det er ikke kun stammingen. Det er også hva er barnets interesser, hvor gammelt det er, og hvilke former for stamming barnet har. Det blir meget personlig*”.

Behandling med lidcombe programmet medfører ikke innlæring av nytt talemønster men erstatter stamming med taleflyt. Lidcombe programmet vektlegger å forsterke eksisterende flytende taleferdigheter med mål å eliminere stammingen helt. Dette er også i samsvar med Guitar sitt behandlingsopplegg for førskolebarn som stammer. Han tar utgangspunkt i den flytende talen som barnet allerede har og bygger på den for å eliminere stammingen.

På 1970 – og 1980 tallet var det to rådende behandlingsretninger innenfor stammebehandling for førskolebarn. Den ene retningen la vekt på at klientene skulle oppnå taleflyt, den andre vektla at klientene skulle oppnå perfekt taleflyt. I de senere år har det blitt vanlig at en tilpasser behandlingen til hver enkelt klient ved å bruke elementer fra begge retninger under et behandlingsforløp. Dette er ikke så ulikt lidcombe programmet hvor en tilpasser behandlingsopplegget for hvert enkelt barn og familie. Lidcombe programmet bygger imidlertid på *en* behandlingsretning behaviorismen. Dette er i motsetning til Guitar (2006) som bygger sitt behandlingsopplegg på to prinsipper, flytskapende og stammemodifisering. Lidcombe metoden skiller seg dermed ut fra det generelle syn på stammebehandling i tiden.

## 5.6 Logopedenes erfaringer med lidcombe programmet

Marie, Tine og Bettina forteller at de var meget tro mot metoden i starten som lidcombe instruktør. Alle tre forteller at da de behandlet de første barna med lidcombe programmet, ble alle forskrifter i manualen fulgt til punkt og prikke. Man ville være helt sikker på at man gjorde alt rett. Dette gjaldt spesielt overgangen mellom stadium 1 og I2.

Det går ett år fra en starter på stadium 2 til barnet er ferdig behandlet. Tine og Marie sier at de slipper ikke barna helt selv om de er ferdig behandlet. De følger fortsatt med gjennom telefonisk kontakt med foreldrene 1-2 ganger i året. Noen av barna treffer de også gjennom jobben sin som logoped ute i barnehager eller på skoler.

Marie oppsummerte det slik: *"Jeg setter ingen stoppekloss, jeg har åpen avslutning. Foreldrene har alltid mulighet til å ringe tilbake til meg "*.

Metoden egner seg godt for danske og nordiske forhold mener alle tre. Da det kun er mulig å danne stammegrupper i de største byene i Danmark, blir lidcombe programmet et flott arbeidsredskap for logopeder som jobber ute i distriktet. Bettina fortalte: *"En av grunnene til at lidcombe behandlingen er fantastisk her er at befolkningsgrunnlaget er så lite. Jeg har aldri kunnet laget en gruppe av barn som jeg syns jeg kunne forsvare å lage, fordi det ikke ville være nok barn innenfor den samme aldersgruppe"*. Marie mener at metoden passer til den moderne tid hvor foreldrene spør hva de kan gjøre. Hun mente også at dette med ris og ros er et kjent nordisk fenomen. Marie mente at hvis barnet trives og har det godt så er lidcombe programmet en metode som hun kunne forsvare.

Tine mente at behandlingsmetodens mange krav til muntlige tilbakemeldinger, kan være vanskelig å få gjennomført i familienes daglige liv. Dette sett ut i fra nordiske familieforhold, med barn på fulltidsplasser i barnehage og begge foreldrene i full jobb. Tine mente også at lidcombe metoden krever en del arbeid fra foreldrenes side. Bettina hevdet at den største utfordring eller begrensning ligger hos foreldrene i lidcombe metoden. Hun kommenterte dette på følgende måte: *"Den eneste hindring som kan oppstå i lidcombe metoden er foreldrene. Det vil aldri være barnet"*. Tine opplever at lidcome metoden er en utrolig god metode som gir foreldrene et enormt innblikk i hva stamming er og hvordan den arter seg. Hun trekker også fram at når foreldrene først behersker metoden, så er det akkurat som å sykle. Har man først lært å beherske den, så kan man den en gang for alle.

Bettina og Tine forteller at i ca  $\frac{3}{4}$  av behandlingsforløpene deres, er det mor som har fulgt opp behandlingen hjemme. I de resterende  $\frac{1}{4}$  er det fedre som har fulgt opp behandlingen. Bettina har også hatt noen behandlingsforløp hvor både mor og far gjennomfører behandlingsopplegget. Hun forteller at da må begge møte hos henne. Det er ikke nok at den ene forteller den andre hva man skal utføre. Bettina skal se



hvordan de utfører opplegget, begge skal utføre opplegget korrekt, ellers så får de ikke lov til å gjennomføre behandlingen.

Både Tine, Marie og Bettina jobber med forskjellige typer problemstillinger innenfor det logopediske fagfeltet. Alle tre kunne tenkt seg bare å arbeide med barn som stammer og herunder med lidcombe metoden. Dette lar seg vanskelig gjennomføre da alle jobber ute i distriktet med et befolkningsgrunnlag som gir få barn som stammer. Avslutningsvis hadde Bettina følgende kommentar om bruk av lidcombe metoden i Danmark: *"Altså, lidcombe programmet kommer stille og rolig ut. Det kommer flere og flere steder og blir mer og mer akseptert"*.

## 6. Oppsummeringer, konklusjoner og vurderinger

### 6.1 Oppsummering

I undersøkelsen min har jeg vært interessert i å få innsikt i hvilke erfaringer danske logopeder har etter å ha anvendt lidcombe programmet som behandlingsmetode i noen år.

I forhold til min studie er det viktig å ha en forståelse av hvordan stamming i førskolealder arter seg. Det er viktig å kunne skille mellom barnestotring og stamming når en skal starte behandling. Likeledes å være klar over at en del førskolebarn oppnår naturlig bedring. Disse faktorene blir viktig i forhold til bl.a. å sette i gang behandling etter lidcombe programmet. Jeg har sett nærmere på hva stamming er. Stammestart og hvordan stamming arter seg i alderen 3 – 7 år, insidens, prevalens og naturlig bedring, kjønnsforskjeller og biologisk grunnlag for stamming og forskjellige utviklingsmodeller for stamming er blitt presentert. Det er blitt gitt en presentasjon av lidcombe programmet. Jeg har gått nærmere inn på hvordan behandlingen blir tilrettelagt på stadium 1 og 2. Det er gitt eksempel på hvordan det ukentlige besøk hos logopeden kan være organisert. Jeg har sett på aktuell forskning i forhold til lidcombe metoden.

Jeg har sett nærmere på stammebehandling i førskolealder og når en skal sette i gang med behandling. To behandlingsretninger, direkte og indirekte tilnærming, er blitt presentert. Det er blitt gjort rede for behandlingsprinsippene til Guitar, Michael Palin senteret, Yairi og Ambrose.

Det er gitt en omtale av kvalitativ tilnærming, hva som kjennetegner intervju og semistrukturerte intervju. Bakgrunns informasjon vedrørende samtlige informanter er blitt presentert. Jeg har redegjort for hvordan jeg utarbeidet intervjuguiden, gjennomførte intervjuene, transkriberte, og analyserte funnene i undersøkelsen.

Validitet og reliabilitet er blitt drøftet. Funnene er blitt presentert og drøftet i lys av teori.

Funnene i undersøkelsen min avdekket en begeistring og mange gode erfaringer i bruk av lidcombe metoden. Metoden tar utgangspunkt i barnet og på denne måten blir hvert enkelt behandlingsforløp tilpasset det enkelte barn. Det trekkes fram at det er en utfordring å rekke å gi nok verbale tilbakemeldinger til barnet slik som familielivet fungerer i Danmark. Informantene mener at dette kan være en medvirkende faktor til at de danske barna bruker 2-4 uker lengre tid på å fullføre stadium 1 i behandlingsforløpet, enn det barna i Australia gjør. Kan synes som at lidcombe metoden gir behandlingseffekt som opprettholdes over tid. Alle barn blir ikke kurert for stammingen, men alle barn stammer mindre enn tidligere. Informantene trekker fram at lidcombe programmet er en relevant behandlingsmetode å bruke for logopeder som jobber ute i små distrikt. Utvalget i denne undersøkelsen er for lite til å generalisere av men resultatene kan allikevel være av brukbar interesse innenfor det logopediske fagfeltet.

## 6.2 Vurdering av egen metode, undersøkelse og videre forskning

Jeg valgte å bruke en kvalitativ tilnærming i denne undersøkelsen. I ettertid ser jeg at jeg også kunne ha brukt kvantitativ tilnærming. En kvantitativ undersøkelse ville ha gitt flere informanter og jeg ville fått et større og mer representativt utvalg. Resultatet av en kvantitativ studie ville muligens ha gitt mulighet for generalisering. Det kunne vært for eksempel vært gjennomført en kvantitativ undersøkelse som fulgte barna fra behandlingsstart til behandlingsslutt. På grunn av tidsperspektivet for en masteroppgave, var det ikke mulig å gjennomføre en slik undersøkelse.

På grunn av økonomisk- og tidsperspektiv sto jeg igjen med 3 informanter. Det er en mulighet for at flere informanter kunne ha bidratt med mer informasjon til denne undersøkelse.

Underveis har jeg sett at det er flere faktorer jeg kunne ha stilt flere spørsmål om i intervjuguiden: Om stammeutvikling, og hvordan logopeden vurderte stammeutviklingen underveis det året som en venter før en starter behandling med lidcombe metoden.

Jeg kunne også ha intervjuet logopeder som bruker andre behandlingsmetoder, for eksempel integrert stammebehandling, og sett dette opp mot lidcombe programmet. På den måten kunne fått bedre fram forskjellene mellom lidcombe programmet og andre behandlings metoder.

Videre forskning med bakgrunn i denne studien kunne være å se nærmere på foreldre og barn interaksjonen. En kan for eksempel intervju foreldrene om hvordan det er å delta i en slik behandlingssituasjon. Klarte for eksempel logopedene å tilrettelegge for dem og deres barn? Dette kunne belyse og gi et mer helhetlig perspektiv på foreldre betydning i metoden.

## Kildeliste

- Alm, Per (2005): *On the Causal Mechanisms of Stuttering*. Doctoral dissertation, Dept. of Clinical Neuroscience, Lund University, Sweden
- Alm, Per (2007): "Stammen og hjernen: Om teorier og forskning". I: *Nyhedsbrev Dansk Videncenter for stammen* nr 57, 2007 s 4 – 6.
- Alm, Per (2008): "Neurologiske begivenheder som baggrunds faktorer for stamme". I: *Nyhedsbrev Dansk Videncenter for stammen* nr 58, 2008 s 4 -6
- Ask, Fin Fredrik (2006): *Elementær statistikk. En pedagogisk innføring*. Grimstad: VARODD AS
- Befring, Edvard (2002): *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Bloodstein, Oliver (1995): *The handbook of stuttering* (5<sup>th</sup> ed.) San Diego: Singular Publishing Group
- Bruijn, Durdana Putker-de (2006): "Lidcombe in the Netherlands". I: *Lidcombe News* Edition 24, 2006 s 6 - 7
- Dalen, Monica (2004): *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dell, Carl W. Jr (1982): *hva gjør man ved børnestammen. En vejledning for pedagoger*. 2. utgave, Herning: Special-pædagogisk forlag
- Dietrichs, Espen (2007): "Hjernens plastisitet – perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag". I: *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* nr 9, 2007 s 1228 - 1231
- Felby, Lone Cordes (2003): "Lidcombe programmet i Danmark". I: *Nyhedsbrev Dansk Videncenter for stammen* nr 38, 2003 s 6–10.

- Felby, Lone Cordes (2004): "The Lidcombe Program in Denmark. A personal journey". I: *Lidcombe News* Edition 20, 2004 s 3 - 5
- Fuglestad, Kåre (2006): "Vitenskapsteori og hermeneutikk" I: *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Designe og metoder*. Kåre Fuglestad og Kjell Skogen (red.) Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Gall, Meredith D., Joyce P. Gall og Walter R. Borg (2003): *Educational Research. An Introduction*. Boston, Mass.: Allyn and Bacon.
- Guitar, Barry (1998): *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore, Maryland: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Guitar, Barry (2003): "The lidcombe program in historical context". I: *The Lidcombe Program of early stuttering intervention. A clinicians guide*. Mark Onslow, Ann Packman og Elisabeth Harrison. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Guitar, Barry (2006): *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment. Third Edition*. Baltimore, Maryland: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Hansen, Dorte (1986): *Stammen*. Harlev: Edelhøjforlaget
- Hansen, Eli Johanne og Monika Herland (2004): "Lidcombe programmet – foreldre som hovedaktører i direkte stammebehandling". I: *Spesialpedagogikk*, nr 09.2004, s 28 – 35
- Hayhow, Rosemarie, Mary Kingston og Rebecca Ledzion (2003): "The United Kingdom". I *The Lidcombe Program of early stuttering intervention. A clinicians guide*. Mark Onslow, Ann Packman og Elisabeth Harrison. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Henriksen, Kathleen, Eirik Solheim, Hilda Sønsterud, Greg Jablonski og Espen Dietrichs (2007): "Kan stamme kureres gjennom induksjon av plastiske forandringer i hjernen?" I: *Logopeden*, nr 3 2007, s 24 - 27

- 
- Holand, Aasmund (2006): "Survey-forskning" I: *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Designe og metoder*. Kåre Fuglestad og Kjell Skogen (red.) Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Horsdal, Marianne (1999): *Livets fortellinger. En bok om livshistorier og identitet*. København: Borgen
- Johnsen, Gisle (2006): "Intervjuet". I: *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Designe og metoder*. Kåre Fuglestad og Kjell Skogen (red.) Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Jones, Mark, Marjorie Blakeley og Tika Ormond (2003): "New Zealand". I *The Lidcombe Program of early stuttering intervention. A clinicians guide*. Mark Onslow, Ann Packman og Elisabeth Harrison. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Jones, Mark, Mark Onslow og Ann Packman (2005): *Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention*. 11.08.05  
[Url:http://www.bmj.com](http://www.bmj.com). [Lesedato 22.11.2006]
- Kingston, M., A. Huber, M. Onslow, M. Jones og Ann Packman (2003): "Predicting treatment time with the Lidcombe Program: Replication and meta-analysis. I *Journal of Language and Communication Disorders*, 38, s 165 - 177
- Kvale, Steinar (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske 9.opplag 2006
- Lincoln, Michelle og Ann Packman (2003): "Measuring Stuttering". I: *The Lidcombe Program of early stuttering intervention. A clinicians guide*. Mark Onslow, Ann Packman og Elisabeth Harrison. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Manual for the Lidcombe program of early stuttering intervention*. Sydney: The Australian stuttering reasearch centre, University of Sydney.  
[Url:http://www.fhs.usyd.edu.au/asrc](http://www.fhs.usyd.edu.au/asrc) [Lesedato 22.11.06]

- Martin, Richard R., Patricia Kuhl og Samuel Haraldson (1972): "An experimental treatment with two preschool stuttering children". I: *Journal of Speech and Hearing Research*, s 743-752
- Månsson, Hans (2000): "Childhood stuttering – Incidence and development". I: *Journal of fluency disorders* vol 25, 2000 s 47 – 57
- Mørk, Merete og Berit Wolff (1994): "Når ordene sitter fast...". *Samspillet mellom førskolebarn som stammer og deres foreldre*. Hovedoppgave i spesialpedagogikk. Institutt for spesialpedagogikk, universitet i Oslo
- NESH Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2006): "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora". Oslo: NESH publikasjon
- Norsk tidsskrift for logopedi: *Logopeden* nr 3 2008
- Onslow, Mark (2003a): "Overview of the Lidcombe Program". I: *The lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician`s guide*. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Onslow, Mark (2003b): "From Laboratory to Living Room: The Origins and Development of the Lidcombe Program". I: *The lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician`s guide*. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Onslow, Mark (2003c): "Verbal Response-Contingent Stimulation". I: *The lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician`s guide*. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Onslow, Mark og Yaruss, J. Scott (2007): "Differing perspectives on what to do with a stuttering preschooler and why". I: *American journal of speech-language pathology/ American Speech language-Association* vol 16 Feb 2007, s 65 – 68



- 
- Packman, Ann, Mark Onslow og Joseph Attanasio (2003): "The Timing of Early Intervention with the Lidcombe Program". I: *The lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician`s guide*. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Packman, Ann (2006): "The Lidcombe Behavioural Data Language: Frequently Asked Questions". I: *Lidcombe News* Edition 24, 2006 s 6 - 7
- Shenker, Rosalee og JoAnne Wilding (2003): "Canada". I: *The Lidcombe Program of early stuttering intervention. A clinicans guide*. Mark Onslow, Ann Packman og Elisabeth Harrison. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Skogen, Kjell (2006): "Forskning: hensikt, innhold og form" I: *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metoder*. Kåre Fugleset og Kjell Skogen (red.) Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Starkweather, C. Woodroff (1990): *Stuttering prevention. A clinical method*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Starkweather, C. Woodroff og Janet Givens – Ackerman (1997): *Stuttering. Studies in communicative disorders*. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- The Michael Palin Centre, early intervention*. London
- [Url:http://www.stammeringcentre.org](http://www.stammeringcentre.org) [Lesedato 04.11.08]
- Yairi, Ehud og Nicoline Grinager Ambrose (2005): *Early Childhood Stuttering. For Clinician by Clinicians*. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Van Riper, Charles (1971): *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Van Riper, Charles (1973): *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Van Riper, Charles (1982): *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Vedeler, Liv (2000): *Observasjonsforskning i pedagogiske fag. En innføring i bruk av metoder.* Oslo: Gyldendal Akademiske

Wahlhaus, Margaret, Joan Girson og Caron Levy (2003): "South Africa". I: *The Lidcombe Program of early stuttering intervention. A clinicians guide.* Mark Onslow, Ann Packman og Elisabeth Harrison. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.

Webber, Margaret og Mark Onslow (2003): "Maintenance of Treatment Effects". I: *The Lidcombe Program of early stuttering intervention. A clinicians guide.* Mark Onslow, Ann Packman og Elisabeth Harrison. Austin, Texas: PRO-ED, Inc.

## Oversikt over figurer

	Side
Figur 1: Gregorys progresjonsmodell for utvikling av stamming	20

## Vedlegg

### Intervjuguide

#### Bakgrunns spørsmål

- **Kjønn**
- **Alder**

- **Når var du ferdig utdannet talepedagog?**

Hvor tok du din talepedagogutdannelse?

Hvor lenge har du arbeidet som talepedagog?

Hvor jobber du nå?

Hvor lenge har du hatt denne stillingen?

Hvor mange barn som stammer har du til behandling?

Hvor mange gutter – hvor mange jenter?

- **Hvordan kom du i kontakt med denne behandlingstilnærming?**

Gjennom andre talepedagoger?

Annonsering?

Nettet?

- **Når ble du godkjent lidcombeinstruktør?**

Hvor tok du lidcombeinstruktør utdannelsen?

Har du praktisert denne metoden fra du ble godkjent lidcombeinstruktør?

Hvis nei, hvorfor ikke?

- **Hvilke type stammebehandling praktiserte du før du ble lidcombeinstruktør?**

Hender det at du praktiserer denne form for behandlingsmetode selv om du er lidcombeinstruktør?

Taleflyt

Stammemodifisering

Gruppebehandling

- **Hvordan kommer du i kontakt med barna?**

Tar foreldrene selv kontakt?

Via PPR?

Annet?

- **Hvor mange barn gir du på det nå værende tidspunkt behandling etter lidcombe programmet?**

Hvor lenge har de forskjellige fått behandling/oppfølging?

Stadium I

Stadium II

Hvor mange gutter?

Hvor mange jenter?

- **Er det ventetid for å få behandling etter prinsippene til lidcombe programmet?**

Hvor lang er ventetiden i så fall?

- **Har barna prøvd en annen form for stammebehandling, før de startet med Lidcombe behandling?**

### **Behandling på stadium I**

- **Når du får et førskolebarn som stammer til behandling, hvordan vurderer du da om du skal bruke tradisjonell stammebehandling eller behandling etter lidcombe programmet?**

Tar du foreldrene med på en slik vurdering?

Drøfter du det eventuelt med andre logopeder/kolleger?

Kan du fortelle litt om hvordan første gangs konsultasjon foregår? Er det noen faste prosedyrer som følges?

- **I følge lidcombe manualen skal barnet og foreldrene besøke lidcombeinstruktøren en gang i uken under stadium 1.**

Kan du beskrive et slikt besøk?

Hvor lenge varer et slikt besøk i gjennomsnitt?

Hva går dere i gjennom på disse ukentlige besøkene, er det et fast opplegg som følges?

- 
- **Behandling etter lidcombeprogrammet krever en registrering av grad av stamming. Er dette med på å gi en bedre behandling?**
    - Skjerper dette deg som logoped?
    - Blir behandlingen og oppfølgingen bedre / verre?
    - Hvordan synes du er å gradere stammingen, etter gitte kriterier? Er det vanskelig å gradere stammingen - er det lett å være snill med barnet?
  
  - **Hvordan fungerer dual-button electronic counter, kan du fortelle litt om denne?**

Er dette noe som alle lidcombe instruktører må ha?

Hvor ofte brukes den (Stadium 1, stadium 2)?

Er dette en grei måte å registrere stammingen på?
  
  - **Kan du si litt om hva %SS er?**

Hva er hensikten med denne skåren?

Hvor viktig er det å få en %SS?

Hva forteller denne skåren for en lp instruktør?
  
  - **Severity rating (SR) scale, kan du fortelle noe om dette skjemaet?**

I følge manual for lidcombe programmet skal lidcombe instruktøren og foreldrene komme fram til en felles forståelse når det gjelder SR skåren. Er dette vanskelig?

Finner foreldrene det vanskelig å bruke dette skjemaet?

Blir det enklere å bruke dette skjemaet etter hvert?

Hvilke tilbakemeldinger får du fra foreldre ang. bruk av dette kartleggingsskjema for stamming?

- **Hvilke kriterier skal være oppfylt for å gå fra behandling på stadium 1 til stadium 2?**

Kan du fortelle litt om overgangen fra stadium I til II?

Lite stamming ut i fra SR skår eller fra %SS?

## **Behandling på stadium II**

- **Kan du fortelle hvordan oppfølgingen er på stadium 2?**

Hvordan fungerer oppfølgingen på dette stadiumet, kan du fortelle litt om det?

Hvor ofte kommer for eksempel barnet/foreldrene til lidcombeinstruktører?

- **Kan du si litt om hvordan de verbale tilbakemeldingene skal være på stadium 2?**

Hva menes det med ustrukturerte situasjoner?

- **Hvor ofte må en gå tilbake til stadium 1, etter å ha oppnådd stadium 2?**

Er det noe forskjell i forhold til kjønnsfordelingen?

## **Foreldrene i Lidcombe programmet**

- **Hva vet foreldrene eventuelt om lidcombe programmet når de kommer til behandling første gang med sitt barn?**

Har de kjennskap til denne behandlingsmetoden via nettet, eller andre barn som stammer som får behandling etter lidcombe programmet?

Er det noen foreldre som insisterer at barnet deres skal behandles med lidcombe programmet?



- 
- **Hvordan opplever du foreldrene stiller seg, når de blir klar over at lidcombe programmet krever at foreldrene må ta en aktiv del i behandlingsopplegget?**

Blir foreldrene overrasket?

Er det noen foreldre som begynner å vegre seg?

Har det hendt at noen foreldre har trekt seg fra dette behandlingsopplegget og bedt om en annen behandlingsform?

- **Hvordan tilrettelegger man for hvert enkelt barn når man skal bruke lidcombe programmet? (Dette vektlegges mye i LP manualen)**

Er det muligheter for dette?

Hva med barn som er stille av seg og prater lite?

Hva med barn som prater ustanselig?

- **Tilrettelegges det for det enkelte foreldre par?**

Hva med meget bekymrede foreldre?

Hva med foreldre som prater ustanselig/lite?

Aleneforeldre?

Familie med flere små barn?

Skilte foreldre?

- **Hvordan hjelper du/legger til rette for de verbale tilbakemeldingene som foreldrene skal komme, hjemme sammen med barnet, den kommende uken?**

Skjer dette gjennom dialog/diskusjon mellom deg og foreldre?

Hva er utgangspunktet for denne dialogen/diskusjonen?

- **Hvor ofte må foreldrene komme med verbale tilbakemeldinger, til barnet, i løpet av en dag?**

Stadium 1

Stadium 2

- **Hvilke aktiviteter er det som brukes til å gi verbale tilbakemeldinger?**

Hos logopeden?

Hjemme? (Manualen anbefaler 10 – 15 min hver dag, et rolig sted, strukturert aktivitet)

- **Hvilke tilbakemeldinger får du som logoped, fra foreldrene, på disse verbale tilbakemeldingene?**

Finner foreldrene det lett/vanskelig/greit?

Hva er det foreldrene har vært opptatt av når de gir tilbakemeldinger?

Er det ulike tilbakemeldinger på de to ulike stadium?

- **Med utgangspunkt i de barna som du har hatt til behandling, hvem er det som tar ansvaret for oppfølgingen i hjemmet?**

Mor?

Far?

Begge to?

Andre omsorgspersoner?

- **Hvilke tilbakemeldinger har du fått fra foreldre som har fått barnet sitt behandlet etter lidcombe programmet?**

Hva går tilbakemeldingene ut på?

---

Kan du utdype dette?

Annet

- **Har det forekommet at noen foreldre har avbrutt stammebehandling etter lidcombe programmet?**

Vet du hvorfor/begrunnelse?

- **Er det noen av foreldrene, som har hatt barn til lidcombe behandling, hos deg, som stammer selv? (Både åpne, og skjulte stammere)**

Hvis ja, har noen av dem lurt på om lidcombe programmet kunne være en behandlingsmetode for dem?

Hvor mange menn stammer?

Hvor mange kvinner stammer?

### **Aldersgruppen 7 – 12 år**

- **Lidcombe programmet er i utgangspunktet en behandlingsmetode for førskolebarn som stammer, men har også vist seg å ha god effekt på barn i alderen 7 – 12 år. Har du brukt lidcombe programmet på denne aldersgruppen?**

- hvor mange ganger?
- Gutter / jenter?
- Hadde noen av disse barna fått annen behandling for sin stamming før lidcombe programmet ble prøvd ut?
- Vet du i så fall hvilken behandling som var prøvd ut (taleflyt, modifisering)
- Ukeskurs?

- **Hvordan synes du denne aldersgruppen skiller seg ut i fra førskolebarn, i forhold til Lidcombe behandling?**
- **Hvordan synes du det har fungert for aldersgruppen 7- 12 år?**
  - Hvilke tilbakemeldinger fikk du fra foreldrene?
  - Hvilke tilbakemeldinger gav barna?
  - Hva synes du?

### **Hvordan har det gått med barna som du har gitt behandling**

- **Hvordan har det gått med de barna som du har gitt lidcombe behandling til?**

Har de oppnådd taleflyt?

Lite stamming?

Mindre stamming?

Mer stamming? (Selv om manualen sier det skal være framgang i løpet av de første 5 ukene i behandlingsforløpet)

- **Er det noe oppfølging for eksempel 1 – 2 ganger i året, for å følge med om stammingen holder seg borte/stabil slik som før?**

Hvem er eventuelt ansvarlig for at en slik oppfølging finner sted?

- **Vet du hvordan det har gått med barna 1/2 år etter at behandlingen er avsluttet?**

Er stammingen fremdeles borte/reduert?

Stammingen er den like stabil som da behandlingen ble avsluttet?

- **Vet du hvordan det har gått med barna 1 år etter at behandlingen er avsluttet?**

Er stammingen fremdeles borte/reduert?

Stammingen er den like stabil som da behandlingen ble avsluttet?

- **Er det noen av barna som har vært til behandling, som kunne ha oppnådd taleflyt, etter naturlig bedring?**

I så fall, hvor mange?

- **Har du noen gang avbrutt behandling etter lidcombe programmet?**

Kan du si litt hvorfor du avbrøt, bakgrunnen for dette?

### **Oppsummering til slutt**

- **Hvordan skiller lidcombe programmet seg i fra annen tradisjonell stammebehandling?**

I korte trekk, slik som du oppfatter det?

- **Hvilke styrker ser du lidcombe programmet har i forhold til annen stammebehandling?**
- **Hvilke svakheter har lidcombe programmet slik som du ser det?**
- **Hvordan synes du denne behandlingsmetoden passer for nordiske forhold?**

**Tusen takk for at du sa deg villig til å la deg intervjues!**

## **Forespørsel om å delta i intervju**

Jeg er masterstudent i spesialpedagogikk, fordypning logopedi, ved Høgskulen i Sogn og Fjordane/Universitet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er taleflyt, og jeg skal gjøre en undersøkelse på den australske taleflytbehandlingsmetode, lidcombe programmet. Det er ingen logopeder i Norge som praktiserer denne metoden på det nåværende tidspunkt. Jeg er derfor interessert i å finne ut hvordan denne behandlingsmetoden blir brukt i Danmark, og hvilke erfaringer danske logopeder har med bruk av denne behandlingsmetoden. For å finne ut dette, ønsker jeg å intervju 4 -5 personer som har praktisert denne behandlingsmetoden i minst 3 år. Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer og opplevelser omkring bruken av lidcombe programmet kontra tradisjonell taleflytbehandling. En del av spørsmålene vil også dreie seg om tilbakemeldinger fra foreldrene, til logopeden, omkring deres holdninger og synspunkt på denne behandlingsmetoden.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle de innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2007.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på +47 41 66 21 90 eller sende en e-post til [kjerstso@stud.hisf.no](mailto:kjerstso@stud.hisf.no). Du kan også kontakte min veileder Ingrid Fossøy ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for lærerutdanning og idrett på telefonnummer +47 57 67 60 57.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S.

---

Med vennlig hilsen

Kjersti Jarlind Solheim

Postboks 50

5325 Follese

Norge

-----

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av taleflytbehandling og ønsker å stille på intervju.

Signatur\_\_\_\_\_

Telefonnr\_\_\_\_\_

Samtykkeerklæringen kan også sendes til meg på min oppgitte mail adresse,

kjerstso@stud.hisf.no

